

11  
2021



## Počátky infekce HIV ve světě a v Československu

str. 36

Rozhovor  
s profesorkou Milenou  
Králíčkovou  
str. 8

Lékaři stále  
více používají  
eRecept  
str. 21

Ohlédnutí za 2. dnem  
odborné konference  
Zdravotnictví 2022  
str. 26

# ZDRAVOTNICTVÍ 2022



odborná konference

16.–17. 9. 2021, Hotel Grandior Praha, Na Poříčí 1052/42, Praha

Generální partner



Pořadatelé



Unie zaměstnavatelských svazů ČR a EEZY Events & Education, s.r.o.  
děkují všem partnerům, spíkrům a účastníkům  
odborné konference

# ZDRAVOTNICTVÍ 2022

pořádané pod záštitou a za osobní účasti předsedy vlády  
Andreje Babiše a ministra zdravotnictví Adama Vojtěcha

Záštitu udělily

Úřad vlády České republiky



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY



PLZEŇSKÝ KRAJ

Hlavní partneři



Partneři odborné sekce



Vystavovatelé



Mediální partneři



## Moc si přeji, abychom se stali vítězi

Mám ráda rockové balady, mám ráda napětí a emoce, které v nich jsou, a mám ráda i jejich sdělení. Je to zvláštní, ale většina rockových balad má nádherné texty, nebo alespoň mně nádherné připadají. S listopadem je spojená jedna z nejkrásnějších balad, jaké znám: November Rain od Guns N' Roses. Jejím autorem je zpěvák skupiny Axl Rose a balada mě uchvacuje jeho skřehotavým hlasem i kytarovým sólem Slashe. Mám ráda listopadový déšť, a to nejen ten zmíněný rockový. Mám ráda, když venku jemně mžije a déšť halí stromy do jemného vodního pláště. A také mám ráda, když věci mají svůj řád a pořádek a přicházejí tak, jak přicházet mají. A tím se dostávám k tomu, že k takovému platnému řádu patří vydání listopadové číslo měsíčníku Zdravotnictví a medicína, které právě držíte. Listopadové číslo vychází v době, která je zlomová. Končí čas relativní volnosti a nastává čas, který bude přísně regulován silou covidové pandemie. Ta se zdá být neúnavná, a i letos se rozhodla, že otestuje nejen naše zdraví, ale i naši trpělivost a disciplínu.

Listopadové číslo jsme připravovali ještě v době, kdy v platnosti nebyla přísná omezení a život plynul relativně normálně, a tak se nám pracovalo dobře.

S velkou radostí jsem chystala rozhovor s paní profesorkou Milenou Králíčkovou, která byla před pár dny zvolena jako první žena do čela nejstarší a největší vysoké školy v České republice a stala se novou rektorkou Univerzity Karlovy. Paní profesorka v rozhovoru naznačuje své plá-

ny a přibližuje i svoji pedagogickou a vědeckou práci.

Z dalších článků mohu zmínit i materiál kolegy Michala Česky, který přibližuje historii onemocnění HIV u nás i ve světě. Kolega se tématu nevěnuje náhodou, ale zaměřil se na ně cíleně. Prvním důvodem je, že letos je to 40 let od doby, kdy se světem začaly šířit zprávy o nevysvětlitelných úmrtích v důsledku závažného syndromu získaného selhání imunity, později označeného jako AIDS. Druhým důvodem je, že Světový den AIDS připadá na 1. prosince, takže článek je velmi aktuální.

Ani v tomto čísle nebude chybět kaleidoskop zajímavostí ze světa a nebude chybět ani materiál o telemedicině, která si v přístupu k pacientovi a terapii získává stále pevnější místo. V časopise ale najdete mnohem víc článků. Snažili jsme se, aby číslo bylo nejen čtivé, ale i vizuálně zajímavé, a tak přinášíme články doprovázené infografikami a ještě jednou vzpomínáme na sedmý ročník odborné konference Zdravotnictví 2022, kde je součástí vzpomínek i fotogalerie.

V editorialech jsem zmínila, že nás a naše zdraví zase začíná zkoušet infekce covid-19. Je to už třetí rok, kdy nás přesvědčuje o své síle, a je to už několikátá vlna, ve které nám ukazuje, že pokud si zamane, tak nás dokáže pěkně potrápiti. Je to už třetí rok, co nás virus svou razancí a schopností se rychle měnit a stejně rychle i šířit dostává do pozice ohroženějšího. Ten boj je nelítostný a zatím jsme v něm nenašli



jasně stanovená pravidla, kterými bychom se mohli řídit. A tak stále hledáme cestu, kudy z celé patálie ven. Proto si moc přeji, abychom našli rychlé řešení a rychle jsme se mohli vrátit k životu, jaký jsme vedli před příchodem pandemie.

Za celou redakci časopisu Zdravotnictví a medicína přeji všem lékařům a zdravotníkům pevné nervy i zdraví, a zejména všem přeji, aby virus už ztratil na své síle a my jsme se v boji s ním stali vítězi.

*Petra Kortešová*

šéfredaktorka

## OBSAH



Zdravotnictví a medicína

### OBSAH

#### ZDRAVOTNICTVÍ

■ Editorial	1
■ Na severu Čech opravdu jen nefouká vítr	2
■ Kaleidoskop	4

■ Zadávací řízení na výběr pojišťovny a pojišťovacího makléře...	6
■ Rozhovor s profesorkou Milenou Králíčkovou	8
■ Počet hospitalizací stoupá, na vině jsou hlavně neočkovaní	12
■ Méně škodlivé varianty kouření by mohly obstát v boji s rakovinou	15
■ Zprávy z regionů	16
■ Čechům se během pandemie zhoršil zdravotní stav	18
■ Průzkum SÚKL: Lékaři stále více používají eRecept	21
■ Češi chtějí léky vyrobené v Evropě	22

#### MEDICÍNA

■ Ohlédnutí za odbornou konferencí Zdravotnictví 2022 (2. den)	26
■ Větrník ve znamení cystické fibrózy	32
■ Pokroky v telemedicině – jak zajistit efektivní poskytování péče na dálku	34
■ Počátky infekce HIV ve světě a v Československu	36
■ Nabídka práce	39

# Na severu Čech opravdu jen nefouká vítr

*Severočeský kraj je spojován hlavně se sociální vyloučeností. Kromě toho ale nabízí i medicínu a zdravotní péči na vysoké úrovni. „Naším cílem je poskytovat služby na špičkové evropské úrovni. A já se domnívám, že to je reálné,“ říká **MUDr. Petr Malý**, generální ředitel Krajské zdravotní, a. s., která zastřešuje nemocnice v Děčíně, Ústí nad Labem, Teplicích, Mostě, Chomutově, Litoměřicích a Rumburku.*

V minulosti jste stál v čele Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze, nyní působíte ve vedení společnosti patřící mezi největší poskytovatele zdravotní péče u nás. Je nějaký rozdíl v řízení fakultní nemocnice a krajské nemocnice velkého formátu?

Když nad tím tak přemýšlím, tak ani moc ne. Pořád se bavíme o medicíně, o léčení lidí. A zde by opravdu měl převládat jediný směr – poskytovat zdravotní péči co nejkvalitnější, odpovídající 21. století. Ano, i v rámci Krajské zdravotní, která sdružuje celkem 7 nemocnic Ústeckého kraje, najdete pracoviště, která jsou na vyšší úrovni, protože se pro ně povedlo zajistit to nejšpičkovější vybavení, a na druhou stranu „Popelky,“ které třeba tak nablýskané nejsou. Ale to samé najdete i ve fakultkách. Já odmítám tvrzení, že se na krajské úrovni nedá dělat superspecializovaná medicína. Dá, my se určitě můžeme právem chlubit například urologií a robotickou chirurgií, neurochirurgií, v teplické nemocnici je výborné centrum pro roztroušenou sklerózu, máme komplexní kardiocentrum a díky covidu-19 již celá republika ví, na jak vysoké úrovni máme infekční oddělení. A tak bych mohl pokračovat dál. Snažíme se ze všech sil zapracovat na komunikaci našich zařízení, aby se více vědělo, že na severu Čech opravdu jen nefouká vítr, ale žijí a pracují tady i skvělí lidé, mezi které na prvním místě určitě patří lékaři a zdravotníci.

**Kdybych se zeptala, co je podle vás největším problémem českého zdravotnictví, co byste odpovéděl?**

Tady si myslím, že se názorově potkám i s jinými řediteli nemocnic. Určitě je to personál, to je velká bolest celého systému. A pak otázky související s financováním. Uvedu příklad. Jste jako ředitel tlačeni do navyšování platů, ale také musíte zajistit odpovídající zázemí nejen pro pacienty, ale právě i pro zdravotníky, a to rozhodně nejsou malé investice. Financí však nemáte neomezené množství. Neříkám, že je ve zdravotnictví málo peněz, ale o efektivitě jejich vynakládání si můžeme povídat opravdu dlouho. Navíc si musíme uvědomit, že zdravotnictví a péče o pacienty je stále nákladnější.

Vedení nemocnic napříč republikou se snaží mladé lékaře a zdravotníky nalákat na různé benefity, jak motivujete zájemce o zaměstnání vy?

Personál je opravdu „nedostatkové zboží“ nejen u nás. My bychom aktuálně potřebovali doplnit stavy o asi 100 lékařů a 200 sester. Čísla jsou za všechna naše zařízení. Snažíme se nové kolegy motivovat nejen mzdami, ale chystáme například i pomoc při zajištění bydlení. Pokud se k nám mladí lidé přestěhují, pořídí si byt či dům, tak se dá předpokládat, že zde zakotví natrvalo. Takže právě výstavba nových bytů a domů pro lékaře je pro nás jednou z cest, jak personál získat. A určitě chceme i zlepšovat úroveň našich nemocnic, ať už co do prostor nebo do vybavení, to je pro potenciální zájemce také lákavé. Ovšem popptávka po personálu převyšuje reálnou nabídku pracovního trhu. Z toho důvodu se při výběru zaměstnanců nezříkáme ani spolupráce se zahraničními kolegy. Aktuálně k nám nastupují zdravotníci z Ukrajiny, konkrétně ze Zakarpatské Rusi. Samozřejmě tito lidé musí prokázat kromě odborné způsobilosti i to, že jsou schopni se s pacienty normálně domluvit česky. Snažíme se jim být i v tomto směru nápomocní, jejich práce si vážíme.

V otázkách personálního obsazení a nábory nových zaměstnanců si ale musíme připustit ještě jednu realitu – Ústecký kraj má doslova za rohem Německo, a to může být pro některé zdejší lékaře a sestry lákavé. Zvláště tedy pro ty, kteří jsou jazykově zdatní. Z Ústí je to do Drážďan slabá hodina... A jak je známo, tak i v Německu řeší personální problémy ve zdravotnictví, ani oni v tomto segmentu neoplývají nadbytkem. Takže pokud chceme získat kvalitní lékaře, tak se musíme opravdu snažit víc než třeba ve středních Čechách, alespoň já to tak vidím. Na druhou stranu ne každému se chce cestovat za prací do zahraničí, a těmto lidem se snažíme nabídnout nejlepší možné podmínky.

**Co si myslíte o úrovni vzdělání současných absolventů lékařských fakult? A mají mladí lékaři zájem o práci v krajských nemocnicích, nebo preferují nemocnice fakultní?**

Já osobně si myslím, že úroveň studia na našich lékařských fakultách je vysoká, a to nejen v českém měřítku. Kdyby tomu tak nebylo, tak o naše lékaře nebude takový zájem v zahraničí. A k té chuti či nechuti pracovat jinde než ve fakultních nemocnicích. Asi je to i o celkovém náhledu na svět každého jednotlivce. Zodpovězme si několik otázek: Kolik stojí byt v Praze? Kolik stojí byt v Ústeckém kraji? Jak rychle se dostanu k samostatné práci, kolik operací a jakých budu mít možnost zažít, provést? Těch proměnných je celá řada. A navíc u nás si lékaři a sestry často sáhnou i na vyšší platy, než je tomu v některých fakultních nemocnicích.

**Může v nedostatku personálu u vás hrát roli pověst sociálně vyloučené lokality severočeského kraje?**

Sociálně vyloučené lokality najdete napříč celou republikou. V Praze jsou také čtvrti, kam bych dobrovolně po setmění nešel, protože to ve mně nevyvolává příjemné pocity. Akorát tady o těch našich se víc mluví, protože je mezi lidmi rozšířené, že na Ústecku tomu tak je. Já tvrdím, že neprávem, dnes již určitě. Takže pokud by pověst měla být tím, co je důvodem nezájmu o práci v této části země, tak bych tuto pověst rád změnil.

**České nemocnice a zdravotnictví za sebou mají velmi náročné období poznamenané pandemií nemoci covid-19. Jak jste vnímal její průběh z pozice ředitele poskytovatele zdravotní péče?**

Tahle doba nám potvrdila, že opravdu nemáme přehnaně hustou síť nemocnic. Naopak, díky tomu, že je to nastavené tak, jak je, se povedlo zvládnout i ty nejkritičtější momenty. A věřte, že vím, o čem mluvím. Do společnosti jsem nastoupil v lednu, v jejím čele jsem od března, to je tedy od doby, kdy pandemie v Česku vrcholila a pacientů, a to i těch ve velmi vážných stavech, přibývalo. Nejkritičtější období jsem tedy zažíval už z pohledu ředitele. I tak obrovská zdravotnická organizace, jakou my beze sporu jsme, byla v jeden moment doslova na hraně kapacit lůžek, a to hlavně lůžek intenzivní péče. Opravdu to nebyla příjemná doba, když víte, že v daný moment máte pro

celý kraj k dispozici jen několik málo jipových lůžek... Takže jsme skutečně museli chod nemocnic tvrdě uzpůsobit. Nebyla jiná možnost a já všem našim zaměstnancům znovu děkuji. Předvedli doslova nemožné.

**Jak moc vás zasáhlo odkládání zákroků a jak nyní zvládáte nápor pacientů, kteří na zákroky buď čekali, protože jim byly odloženy, nebo návštěvu lékaře sami odkládali ze strachu o své zdraví.**

Logicky se péče odkládala, tam, kde to šlo, kde se jednalo o plánované výkony, jejichž neprovedení v ten moment pacienta přímo neohrožovalo na životě. Ale zase je nutné říct, že to určitě nebylo tak, že by se chod nemocnice zastavil a koncentroval se jen na covid-19. Byly provozy, které zastavit nejde – pacienty postihují mozkové mrtvice, srdeční infarkty, určité onkologické diagnózy, stále se rodí děti, nic z toho nelze odsunout. Takže jsme se snažili fungovat. Ale samozřejmě pacientů, kteří museli počkat, protože to jinak nešlo, je celá dlouhá řada. My s nimi intenzivně komunikujeme. Snažíme se, aby byly jejich obtíže vyřešeny, a oni tak nebyli zdravotně limitováni. Protože na rovinu, když žijete s pochroumanou kyčlí, když čekáte na totální endoprotézu jako na smilování, tak to kvalitu vašeho života prostě ovlivní. To je neoddiskutovatelná realita.

Další skupinu pacientů, kteří teď přicházejí, skutečně tvoří ti, kteří se nákazy tak strašně báli, že raději do nemocnice ani nedošli. Nemá smysl nalhávat si, že někteří z nich na to nedoplatí poškozením zdraví. My jsme celou dobu apelovali právě na tuto část veřejnosti, aby vyšetření, pokud mají zásadní obtíže, neodkládali. Ne vždy jsme byli úspěšní. Bohužel. A v neposlední řadě je nutné si přiznat, že se zbrzdila i prevence. A i zde řešíme následky. Můj odhad na úplný návrat do normálu je něco mezi rokem a půl a dvěma roky. Sice teď jedeme naplno, ale jsme limitováni kapacitou sálů i personálu. Děláme skutečně maximum, to nám můžete věřit.

**Hodně diskutované jsou potřeby investic do zdravotnických zařízení, co čeká nemocnice spadající pod vaši společnost?**

Velké věci. A to doslova. Máme před sebou investice obrovského rozsahu. Konkrétně hovoříme o částce více než jeden a půl miliardy korun. Naše nemocnice v Děčíně a Chomutově se dočkají nových urgentních příjmů, centrálních operačních sálů, v Děčíně se plánuje výstavba nového gynekologicko-porodnického pavilonu. Investice se ale dotknou všech našich nemocnic a například v Masarykově nemocnici v Ústí se již nyní intenzivně staví. Roste tam pavilon chirurgických



Foto: archiv KZ

gických oborů navazujících na urgentní příjem prvního typu. Dojde tak k rozšíření kapacity operačních sálů, JIP, ARO. Další součástí tohoto pavilonu jsou také prostory pro nově vzniklé komplexní kardiocentrum. Investovat budeme ale v našich nemocnicích i do obnovy přístrojového vybavení, v Teplicích budeme rekonstruovat některé pavilony. Určitě neopomineme ani mosteckou nebo litoměřickou nemocnici. Investice jsou pro nás opravdu jednou z největších priorit. Změn dozná také Rumburk.

Ty špitály tohle vše nutně potřebují. Je fěr nalít si čistého vína a umět si přiznat, že stávající podoba zvláště některých provozů je v dnešní době absolutně neakceptovatelná a nedůstojná jak pro pacienty, tak i zaměstnance. Chceme přivést nové lékaře, zdravotníky a je pochopitelné, že oni chtějí pracovat v moderním, příjemném prostředí, které bude špičkově vybavené. Sám jsem lékař a chci, aby medicína u nás byla srovnatelná minimálně se západoevropským standardem, či spíše lepší. Myslím, že to jde, že to není utopie.

Plánované investice jsou opravdu obrovské. Jedna část jsou evropské dotace, ale financování hledáme i jinde, například z dotačních programů Ministerstva životního prostředí, se kterým průběžně jednáme. Samozřejmě nám výrazně pomáhá i navýšení úvěru, který je ručený krajem, jenž nás vlastní. Ale finance musíme samozřejmě hledat i v rámci jednotlivých nemocnic. Znovu se vracíme k tomu, že jednotlivé provozy musí hospodařit efektivně. Mám vlastní zkušenost, že to je reálné, že to jde. Už jsem říkal, že současné zdravotnictví je nákladné a z jednoho zdroje neufinancovatelné. Celé je to hodinový strojek, který musí pracovat absolutně přesně. Jinak fungovat nebude a doplatí na to všichni – pacienti, ale i zaměstnanci.

**Bliží se konec roku, to bývá čas bilancování. Chcete zhodnotit svoje působení, co se povedlo, a co naopak víte, že úplně nevyšlo?**

Hodnotit sám sebe nebudu, to ať dělají jiní. Pravdou je, že mi ten čas utekl tak strašně rychle, že sám sobě někdy říkám, jestli se mi to jen nezdá. Co si ale myslím, že hodnotit můžu, a to pozitivně, je právě získání financí na rozsáhlé investice. V Děčíně i Chomutově se již „koplo,“ byť tomu lidi někdy přestávali věřit. V Ústí se staví.

Určitě bych ale rád zmínil i očkování proti covidu-19. Povedla se nám vybudovat a zprovoznit velkokapacitní očkovačnická centra, která v době největšího návalu očkovaných zvládala odbavit souhrnně několik tisíc lidí denně. Dnes se zájemci o očkování vrací opět do nemocnic nebo jdou ke svým praktikům, ale v uplynulých měsících by se to bez očkovačnických center kapacitně nezvládalo. Víím, že se kolem očkování šíří celá řada dezinformací, ale já jsem lékař, a navíc věřím tomu, co vidím. A proti covidu-19 nemáme doposud mocnější zbraň než právě vakcínu.

Spokojený nejsem úplně právě s personální situací, ale jsem optimista a věřím, že příští rok bude pro nás úspěšný i na tomto poli.

**Pokud byste měl možnost se přenést v čase o pár let vpřed, jaké pracovní přání byste měl?**

To je jednoduché. Moc rád bych se v blízké budoucnosti, třeba za tři, čtyři roky prošel nově postavenými pavilony a moderně vybavenými provozy napříč všemi našimi nemocnicemi. Tedy provozy, kde lékaři a zdravotníci budou chtít léčit a pacienti budou chtít být léčeni. Zaslouží si to všichni a já se na to těším.

Petra Hátlová

## Elektronické cigarety zřejmě nepomáhají zbavit se zlovyku

*Kuřáci, kteří skončí s kouřením cigaret a nahradí je elektronickou cigaretou nebo jiným tabákovým produktem, mají podle provedené studie vyšší pravděpodobnost relapsu.*

Ačkoliv jsou elektronické cigarety doporučovány kuřákům, kteří se rozhodli přestat kouřit, existuje pouze omezené množství studií zaměřených na to, zda jsou e-cigarety v cestě k úplnému zanechání kouření opravdu nápomocné. E-cigarety jsou elektronická zařízení, která zahřívají kapalinu obsahující nikotin, příchutě a další pomocné látky, které tvoří aerosol, jež je pak uživateli inhalován.



Výsledky výzkumu vědců z Kalifornské univerzity v San Diegu neprokázaly, že je užívání e-cigaret napomocné v zanechání kouření, a to ani při denním užívání.

Naopak bylo zjištěno, že u jedinců, kteří kouření cigaret vyměnili za e-cigarety nebo jiné tabákové produkty, bylo riziko návratu k cigaretám v průběhu následujícího roku zvýšené o 8,5 % v porovnání s jedinci, kteří zanechali užívání všech tabákových produktů.

Vědci použili data z populační longitudinální studie provedené Národním institutem pro zneužívání drog (National Institute on Drug Abuse). Bylo sledováno užívání různých tabákových produktů u 13 604 kuřáků v letech 2013 až 2015. Po prvním roce sledování zanechalo kouření cigaret 9 % sledovaných. Z těchto „bývalých kuřáků“ přestalo 63 % užívat tabákové produkty úplně a 37 % přešlo na užívání jiného tabákového produktu, kterým byly u 23 % z nich elektronické cigarety. V druhém roce sledování bylo zjištěno, že

u „bývalých kuřáků“, kteří nahradili kouření cigaret užíváním jiného tabákového produktu, byla pravděpodobnost opětovného návratu ke kouření cigaret o 9 % vyšší než u těch, kteří zanechali užívání všech tabákových produktů.

Zdroj: JAMA Network Open

## Nová šance pro terapii lymeské boreliózy

*Vědci popsali nové antibiotikum, které má potenciál pro léčbu lymeské boreliózy.*

Lymeská borelióza je způsobena bakterií *Borrelia burgdorferi* přenášenou klíšťaty. Onemocnění se v 80 % případů manifestuje přítomností erythema migrans, červenou skvrnou s bledým středem označovanou jako „býčí oko“, která se objeví 3 až 30 dnů po kousnutí infikovaným klíštětem.

Přestože je u většiny pacientů antibiotická léčba efektivní, odhadem u 10–20 % pacientů se projeví symptomy pokračujícího onemocnění, jako je únava, svalová bolest a poškození kognitivních funkcí, a to v horizontu šesti měsíců po skončení terapie.

Tým vědců ze Severovýchodní univerzity v Bostonu, který vycházel z poznatků získaných vědci z Univerzity v Oklahomě, vyvinul nové antibiotikum účinné v terapii lymeské boreliózy. Tato látka má potenciál nejen pro léčbu onemocnění, ale také pro eradikaci jeho výskytu v prostředí.

V současnosti jsou k léčbě lymeské boreliózy užívána širokospektrá antibiotika, která mají významné vedlejší účinky na střevní mikrobiom a jejichž užívání také může vést ke zvýšení rezistence ostatních bakterií. Proto se výzkum za-



měřil na hledání látky s užším spektrem účinku, ale zároveň účinné proti *B. burgdorferi*.

Screening půdních mikroorganismů odhalil sloučeninu s vysokou selektivitou vůči spirochetám, včetně *B. burgdorferi*. Překvapivě byla tato látka identifikována jako hygromycin A, známá antimikrobní sloučenina produkovaná bakterií *Streptomyces hygroscopicus*. Hygromycin A účinkuje na úrovni ribosomů a při testování na myších byla potvrzena efektivita proti *B. burgdorferi*. Zároveň nebyl pozorován nepříznivý efekt na složení střevního mikrobiomu v porovnání s klinicky užívanými antibiotiky. Toto selektivní antibiotikum představuje možnost pro lepší terapii lymeské boreliózy do budoucna.

Zdroj: Cell

## Teplé mléko na dobré spaní

*Sklenice teplého mléka k podpoře dobrého spaní patří mezi tradiční lidová doporučení. Tlumící účinky mléka jsou připisovány obsaženému tryptofanu. V mléce byla dále objevena skupina proteinů označených jako CTH (casein tryptic hydrolysate), které uvolňují stres a navozují spánek.*

Mezi sedativa běžně předepisovaná při nespavosti patří zolpidem a benzodiazepiny. Ty mají však řadu nežádoucích účinků a mohou způsobovat návyk. Tato sedativa účinkují cestou aktivace GABA receptoru. Řada peptidů přírodního původu také interaguje s GABA receptorem, a vykazují tak anxiolytický a sedativní efekt.

Při trávení kaseinu, proteinu obsaženého v mléce, vznikají za účasti enzymu trypsinu proteiny CTH. Příkladem je alfa-kazozepin, jehož sedativní efekty jsou známé. Vědci se zaměřili na hledání a identifikaci dalších proteinů z této skupiny s podobnými účinky.

Nejprve porovnali účinky CTH a alfa-kazozepinu při testování spánku u myší. Zjistili, že CTH má silnější účinky v navození spánku než podání samotného alfa-kazozepinu. Na základě tohoto zjištění byla navržena hypotéza, že mezi CTH existují i další proteiny se sedativními účinky. Pomocí hmotnostní spektrometrie byly identifikovány další proteiny ze skupiny CTH. Dále byl proveden virtuální screening, který vyhodnotil jejich schopnost interagovat s GABA recepto-

rem a bylo také ověřeno, zda tyto proteiny procházejí hematoencefalickou bariérou.



Ilustrační foto: 5x123rf.com

Při testování na myších bylo u molekul s nejsilnějším účinkem pozorováno zkrácení doby, než myši upadly do spánku, o 25 % a prodloužení celkové doby trvání spánku o 400 % v porovnání s kontrolní skupinou. Tento peptid a další peptidy ze skupiny CTH by mohly být využity jako sedativa přírodního původu.

Zdroj: Journal of Agricultural and Food Chemistry

## Proč se přejídáme

*Vědci se zabývají zkoumáním neuronů a hormonů souvisejících s přejídáním. Nová studie je dalším krokem k poznání nervových drah, které se uplatňují v rozvoji poruch příjmu potravy.*

V roce 2019 objevili vědci ze Stuberovy laboratoře na Washingtonské univerzitě, že u obézních myší jsou aktivovány určité nervové struktury, které zamezují šíření signálu indikujícího nasycení. Role těchto nervových buněk byla dále zkoumána.

Výsledkem výzkumu bylo popsání funkce neuronů v oblasti laterálního hypotalamu v mozku, což je oblast ovlivňující motivaci k určitému chování, včetně příjmu potravy. Neuronů z této oblasti jsou propojené s dvěma dalšími oblastmi – s laterální habenulou, která je klíčová pro patofyziologii deprese, a s ventrální tegmentální oblastí, která má významnou roli v procesech motivace, odměny a návyku.

Bylo zjištěno, že v průběhu krmení myší jsou více aktivní neuronů v oblasti laterální habenuly v porovnání s ventrální

tegmentální oblastí, což napovídá, že tato oblast blíže souvisí s kontrolou příjmu potravy.

Vědci se také zaměřili na zkoumání role leptinu a ghrelinu v procesu kontroly příjmu potravy. Předpokládá se, že oba tyto hormony působí v mezolimbickém dopaminergním systému, který hraje klíčovou roli v subjektivním vnímání potěšení, a proto jsou neuronální dráhy v této oblasti nazývány také jako „cesta odměny“. Princip účinkování těchto hormonů v oblasti laterálního hypotalamu však nebyl dosud popsán. Vědci nyní zjistili, že leptin tlumí aktivitu neuronů spojených s laterální habenulou, a naopak zvyšuje aktivitu neuronů ve ventrální tegmentální oblasti. Ghrelin má opačný efekt.



Výsledky studie tak naznačují, že struktury v mozku, které se podílejí na regulaci příjmu potravy, jsou totožné s oblastmi, které se podílejí na vzniku návyku. Zaměření studie také podtrhuje roli mozkových funkcí v patogenezi obezity.

Zdroj: Neuron

## Příznivý vliv konzumace ovoce a zeleniny na duševní zdraví dětí

*Děti, které jedí zdravou stravu s vysokým podílem ovoce a zeleniny, mají podle nové studie vědců z Východoanglické univerzity lepší úroveň duševního zdraví.*

Studie se zaměřila na zkoumání souvislostí mezi duševním zdravím a konzumací ovoce a zeleniny u dětí ve školním věku. Děti, které konzumovaly 5 nebo více porcí ovoce a zeleniny denně, měly nejvyšší skóre duševní pohody.

Duševní zdraví v raném období života hraje zásadní roli pro další vývoj jedince. U dospívajících často přetrvávají psychické potíže až do dospělosti, což má negativní vliv na jejich kvalitu života. Zatímco souvislosti mezi duševním a fyzickým zdravím člověka jsou zřejmé, význam výživy a jejího vlivu na duševní zdraví není zcela objasněn. Proto se vědci zaměřili na souvislosti mezi způsobem stravování a duševním zdravím u školních dětí.

Do studie byla zahrnuta data týkající se 9000 dětí v 50 školách v oblasti Norfolk. V průběhu studie děti reportovaly jejich každodenní jídelníček a stravovací návyky a také se účastnily psychologických testů zaměřených na stanovení úrovně jejich duševní pohody.

Bylo zjištěno, že pouze asi čtvrtina dětí na druhém stupni a 28 % dětí na prvním stupni konzumovaly doporučených 5 porcí zeleniny a ovoce denně. Přibližně 10 % dětí uvedlo, že vůbec nekonzumuje ovoce ani zeleninu. Více než 20 % dětí na druhém stupni a 10 % dětí na prvním stupni nesnídá a více než 10 % dětí na druhém stupni neobědvá.



Správné stravovací návyky souvisí s duševní pohodou dětí. Zvláště u dětí na druhém stupni byl pozorován příznivý vliv kvalitní stravy obsahující ovoce a zeleninu na duševní zdraví. Zároveň bylo zjištěno, že výživa má na duševní zdraví významnější vliv než další sociální faktory jako např. vystavení dětí častým hádkám nebo domácímu násilí.

Autoři studie také zdůraznili, že by ve školách měla být zavedena opatření, která zajistí, že děti v průběhu plnění školní docházky obdrží kvalitní stravu.

Zdroj: BMJ Nutrition, Prevention & Health

Dvoustranu připravila:  
Mgr. Kateřina Štulíková

# Zadávací řízení na výběr pojišťovny a pojišťovacího makléře ve zdravotnictví

Často diskutovaným tématem ve zdravotnictví a ve zdravotnické politice je oblast právních vztahů zaměřených na nemocnice v pozici zadavatele veřejných zakázek ve zdravotnictví. Jedná se o ta zdravotnická zařízení, která jako subjekty v přímé působnosti ministerstva zdravotnictví, příspěvkové organizace územně samosprávných celků nebo jiné právnické osoby ve smyslu ustanovení § 4 odst. (1) písm. e) zákona č. 134/2016 Sb., o zadávání veřejných zakázek, v platném znění (dále jen „ZZVZ“), spadají pod definici veřejného zadavatele. Zároveň by se nemocnice měly starat o svůj majetek s péčí řádného hospodáře v souladu se zákonem č. 219/2000 Sb., o majetku České republiky a jejím vystupování v právních vztazích, v platném znění.

Pojištění majetku a odpovědnosti je jednou z cest, jak dostat svým zákonným povinností, tedy zajistit péči o svůj majetek a ochránit management nemocnice a její zaměstnance.

Příprava výběru poskytovatele pojištění s sebou nese celou řadu odborných a specifických otázek. Proto je pro veřejnou zakázku na poskytování pojistných služeb doporučeným prvním krokem zadavatele výběr pojišťovacího makléře, a to zejména tam, kde nemocnice nedisponují dostatečným administrativním aparátem k profesně a odborně vhodnému nastavení zadávacího řízení. Vybraný makléř pak pro nemocnici zreviduje stávající pojistné smlouvy, provede identifikaci a analýzu pojistitelných rizik, na základě analýzy rizik zpracuje pojistný program dle potřeb nemocnice a navrhne odpovídající pojistná řešení. Následným krokem zadavatele je pak výběr vhodné pojišťovny. V případě, že má nemocnice již smlouvou s pojišťovnou uzavřenu, může nastat situace, kdy poptává pojišťovacího zprostředkovatele k tomu, aby chránil její zájmy ve sjednaných pojistných smlouvách. Pojišťovací makléř pak sjednaná pojištění spravuje, asistuje při likvidaci pojistných událostí, zajišťuje pravidelnou kontrolu a sledování včasnosti úhrad pojistného z uzavřených pojistných smluv, poskytuje nemocnici další ad hoc odborné poradenství v oblasti pojišťovnictví a zastupuje klienta při jednáních s pojišťovnami a třetími osobami v souvislosti s uzavřením pojistných smluv. Jak pojišťovna, tak i makléř bývají obvykle vybíráni na delší časové období.

Pojišťovací makléř je za všechny uvedené služby poskytnuté zadavateli odměněn, a to buď přímou platbou od nemocnice jakožto zadavatele, nebo nepřímou platbou, a to pojišťovnou, se kterou zadavatel uzavře pojistnou smlouvu. V případě nepřímé úplaty není odměna hrazena makléři přímo

nemocnicí z veřejných prostředků, ale je fakticky hrazena třetími osobami, tj. pojišťovny formou provize.

## Určení předmětu a předpokládané hodnoty veřejné zakázky

Předmětem jedné zakázky jsou všechna obdobná a spolu související plnění, která zadavatel zamýšlí zadat v rámci zakázky.

Předmětem plnění veřejné zakázky je výběr pojišťovacího zprostředkovatele je koncepce poskytování služeb, která by měla obsahovat alespoň tyto základní body či cíle:

- identifikace a analýza pojistitelných rizik;
- příprava pojistného programu – na základě analýzy rizik dodavatel zpracuje pojistný program dle potřeb zadavatele;
- služby po uzavření pojistné smlouvy (na základě SLA se zaručenou reakční dobou), tj. správa pojistných smluv, spolupráce při likvidaci pojistných událostí, inkaso pojistného, další ad hoc odborné poradenství v oblasti pojišťovnictví, konzultace a případně také školení.

Správné stanovení předpokládané hodnoty veřejné zakázky a s tím související volba režimu zadávání bývají častým kamenem úrazu při nastavování parametrů veřejné zakázky. Podle § 16 odst. 1 ZZVZ platí, že předpokládanou hodnotou veřejné zakázky je zadavatelem předpokládaná výše úplaty za plnění veřejné zakázky vyjádřená v penězích, přičemž podle § 16 odst. 2 ZZVZ se do předpokládané hodnoty veřejné zakázky zahrne hodnota všech plnění, která mohou vyplývat ze smlouvy na veřejnou zakázku, není-li v ZZVZ stanoveno jinak. Specifická pravidla pro určení předpokládané hodnoty

veřejných zakázek na některé vyjmenované služby pak obsahuje § 21 ZZVZ. Dle § 21 odst. 2 ZZVZ se do předpokládané hodnoty veřejné zakázky u pojišťovacích služeb zahrne také pojistné, provize a jiné související platby. Stěžejní pro určení předpokládané hodnoty tak bude ujasnění, zda zadavatel připustí ve veřejné zakázce na poskytnutí služeb pojišťovacího makléře, aby byl makléř placen ve formě provize pojišťovnou, nebo zda bude odměnu makléři hradit jen a pouze zadavatel.

Pro určení předpokládané hodnoty veřejné zakázky je určující výše provize, kterou makléř obdrží, a to bez ohledu na to, od kterého subjektu ji obdrží.<sup>1</sup>

Častou chybou zadavatelů při nastavení vztahu se zprostředkovatelem s ohledem na vymezení předpokládané hodnoty je neohlednění celkové výše provize, bez ohledu na to, kdo provizi pojišťovacímu makléři uhradí. Vztah s makléřem může být nastaven tak, že zadavatel umožní makléři vedle (i) odměny za výkon zprostředkovatelské činnosti hrazené zadavatelem i (ii) přijetí pojistné provize vyplacené makléři pojišťovnou. AVŠAK do předpokládané hodnoty veřejné zakázky na makléře zahrne zadavatel pouze jím hrazenou odměnu. Důsledkem tohoto postupu pak je, že vzhledem k vyšší provize placené zadavatelem si tento nesprávně stanoví předpokládanou hodnotu v limitu pro zakázky malého rozsahu,<sup>2</sup> a zakázku potom zadává mimo zadávací řízení v rozporu se ZZVZ. Tato situace již byla v minulosti vícekrát posuzována nejen Úřadem pro ochranu hospodářské soutěže (dále jen „ÚOHS“), ale i českými a evropskými soudy a je již v rozhodovací praxi ustálena. Ze strany českých soudů je potřeba

<sup>1</sup> Zdroj: rozhodnutí č.j. ÚOHS-S451/2014/VZ-19471/2014/532/ZCa, dříve též shodně rozsudek KS Brno č.j. 62 Ca 30/2008

<sup>2</sup> U služeb do 2 mil. Kč bez DPH (včetně)





ba připomenout rozsudky Krajského soudu v Brně (dále jen „KS“) a Nejvyššího správního soudu ČR (dále jen „NSS“), které se zabývaly explicitně otázkou započtení hodnoty provize pojišťovacího makléře hrazené mu pojišťovnou do předpokládané hodnoty veřejné zakázky na výběr makléřské společnosti k zajištění komplexní pojistné ochrany. KS v Brně v rozsudku ze dne 11. 8. 2009, sp. zn. 62 Ca 30/2008, konstatoval, že „zadavatelé ze smlouvy sice nemusí vzniknout přímý peněžitý závazek vůči dodavateli, avšak fakticky jde o úplatné poskytování služeb ve prospěch zadavatele, pouze odměna je konstruována formou provize. Správný je tak závěr, podle něhož je za tohoto stavu pro určení předpokládané hodnoty veřejné zakázky rozhodující výše provize, kterou makléř obdrží, a to bez ohledu na to, od koho.“<sup>3</sup> Na tomto místě je pak vhodné připomenout rovněž závěry rozsudku Soudního dvora Evropské unie (dále jen „SDEU“) ze dne 18. 1. 2007 ve věci Jean Auroux a další v. Commune de Roanne, C-220/05, Sbírnka rozhodnutí 2007, s. I-00385, zejména body 52 až 56, v nichž soud konstatoval, že „pokud se hodnota zakázky skládá zároveň z příjmů jak od zadavatele, tak od třetích osob, zájem potenciálního uchazeče na této zakázce se odvíjí od její celkové hodnoty“. Současně SDEU konstatoval, že „pokud by měly být při výpočtu hodnoty veřejné zakázky vzaty v úvahu pouze částky zaplacené zadavatelem, došlo by k ohrožení účelu směrnic upravujících zadávání veřejných zakázek“.

Ve svém důsledku se tedy jedná o nepřímý náklad zadavatele, který musí být do předpokládané hodnoty veřejné zakázky zahrnut.

<sup>3</sup> Rozhodnutí č.j.: ÚOHS-S451/2014/VZ-19471/2014/532/ZČa ze dne 16. 9. 2014 – jedná se sice o rozhodnutí vydané dle předchozího zákona o veřejných zakázkách (ZVZ), avšak jeho závěry jsou pro jednoznačně aplikovatelné i za současné právní úpravy.

Při stanovení konkrétní výše předpokládané hodnoty VZ může zadavatel postupovat způsobem oslovení několika pojišťoven s dotazem na výši provize, kterou vyplácí makléřům (viz též rozhodnutí č.j. ÚOHS-S451/2014/VZ-19471/2014/532/ZČa). Za tímto účelem se nabízí využití institutu podle § 33 ZZVZ – předběžné tržní konzultace. V této souvislosti je nutno mít na paměti, že se jedná o hodnotu předpokládanou, nikoliv skutečnou.

## Způsob hodnocení nabídek

Ačkoliv výši provize je nutno zahrnout do předpokládané hodnoty veřejné zakázky za účelem správné volby režimu zadávání (jak uvedeno výše), není bezpodmínečně nutné výši provize učinit předmětem hodnocení, jak dovodil ÚOHS v rozhodnutí sp. zn. ÚOHS-S451/2014/VZ.

Zákon o zadávání veřejných zakázek preferuje hodnocení nabídek na základě kvalitativních kritérií. V případě služeb pojišťovacího makléře se jako vhodné kvalitativní kritérium jeví kombinace organizace, kvalifikace a zkušeností osob, které se budou podílet na plnění veřejné zakázky, neboť je nepochybné, že tyto osoby mají významný dopad na kvalitu poskytovaných služeb.

Závěrem se v souvislosti s nastavením zadávacích podmínek doporučuje uvažovat o nastavení hodnotících kritérií nikoliv na základě nejnižší nabídkové ceny, ale využít možnosti hodnocení na základě kritérií kvality. Využit lze hodnocení nabídek na základě nejvýhodnějšího poměru nabídkové ceny a kvality či alternativně zvolit postup v souladu s § 116 odst. 4 ZZVZ, tedy s ohledem na povahu zakázky hodnotit pouze kvalitativní kritéria a cenu plnění stanovit jako pevnou (ve výši závislé na provedené předběžné tržní konzultaci).

V rámci nastavení dílčích hodnotících kritérií lze uvažovat o hodnocení:

- „koncepte poskytování služeb“ představující bližší popis poskytovaných služeb v rozdělení na zpracování pojistného programu, rizikové zprávy, systém likvidace pojistných událostí, způsob komunikace se zadavatelem, časovou a věcnou součinnost dodavatele, zaručené reakční časy, on-line systém a propojení, reporting, ekonomickou oblast, poradenství a správu pojistných smluv;
- organizace, kvality a zkušeností osob, které se budou podílet na plnění veřejné zakázky v jednotlivých rolích.

Dodavatelé v nabídce zpracují koncepci poskytování služeb, rozdělenou dále do jednotlivých témat dle zadání a potřeb zadavatele. Koncepce vybraného dodavatele se pak může stát nedílnou součástí smlouvy na veřejnou zakázku. Nejlépe bude hodnocena taková nabídka, která povede k maximálnímu naplnění účelu veřejné zakázky dle specifikace zadavatele. Účel veřejné zakázky by měl odpovídat účelu a předmětu plnění smlouvy s dodavatelem. Jedná se tedy obvykle zejména o identifikaci a řízení rizika (zpracování analýzy rizika), zpracování pojistného programu, správu pojistných smluv, spolupráci při likvidaci pojistných událostí.

Jak již bylo naznačeno, hlavním benefitem výše doporučeného modelu hodnocení nabídek je kvalita vybraného dodavatele. Hodnocení nabídek pouze na základě nabídkové ceny se v této oblasti může jevit jako neefektivní.

Věříme, že poukázání na problematiku aspekty zadávacích řízení na výběr pojišťovacího makléře a pojišťovny spolu s výše uvedeným nástinem možných řešení přispěje k lepší orientaci zadavatelů v této specifické oblasti.

(red)



„Je nezbytné zaměřit se na elektronizaci a digitalizaci univerzity.“

Milena Králíčková

*Do čela nejstarší a největší vysoké školy v ČR byla zvolena první žena, novou rektorkou Univerzity Karlovy se stala profesorka MUDr. Milena Králíčková, Ph.D., dosavadní prorektorka pro studijní záležitosti Univerzity Karlovy a vedoucí Ústavu histologie a embryologie Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Plzni. „Usilovat o pozici rektorky jsem se po důkladném uvážení rozhodla nejen s cílem navázat na řadu úspěšně započatých aktivit, ale stejnou měrou s odhodláním posílit oblasti, kterým by měla být věnována větší pozornost – například oblastí elektronizace a digitalizace, zvyšování efektivity vnitřních postupů, snižování administrativní zátěže či vnitřní komunikace,“ uvedla po oznámení kandidatury na svých webových stránkách profesorka MUDr. Milena Králíčková, Ph.D. Jaké jsou její vize? A co všechno by chtěla změnit?*

Jaké byly vaše pocity, když jste viděla, že jste ve volbách získala potřebnou nadpoloviční většinu hlasů, přesně 55 z celkových 69, a že se stanete první ženou zastávající funkci rektorky Univerzity Karlovy?

Určitě se mísila radost s pocitem velkého závazku. Navazuji na úspěšné období, kdy rozpočet Univerzity Karlovy rostl, a vstupujeme naopak do neklidných a nejistých vod. Je před námi hodně práce.

Funkce byste se měla ujmout v únoru 2022 a školu byste měla vést do roku 2026. Jaké máte plány? Co byste chtěla zlepšit, posunout, vybudovat?

Kompletní volební program mám na svých webových stránkách, ale pokud bych to měla stručně shrnout, tak je nezbytné zaměřit se na elektronizaci a digitalizaci univerzity, pokračovat v započatých velkých investičních akcích, pečovat o vzdělávací činnost tak, aby Univerzita Karlova byla pro uchazeče první volbou a aby naši absolventi byli uplatnitelní v této technologicky dynamické době nejen po absolvování, ale i dlouhodobě, po desítkách let od promoce. V oblasti vědy a výzkumu musíme být stále na špici, mezinárodně viditelní a konkurenceschopní například v získávání mezinárodních projektů.

Jedním bodem vašeho volebního programu bylo: Ve spolupráci s institucemi veřejné správy budu i nadále bránit nezávislost univerzity a podporovat odolnost vůči snahám narušit její dlouhodobé integrální principy a hodnoty. Byla nějak narušena odolnost univerzity?

Doba je taková, že se některým vlivům musí bránit univerzity v celé Evropě. Proto je dů-

ležitě nastavit a pak průběžně monitorovat a zdokonalovat protivilivové procesy. To je bohužel dnešní realita.

## *Univerzita potřebuje leadera, který umí naslouchat.*

Odstupující rektor univerzity Tomáš Zima po vašem zvolení řekl: „Řídit univerzitu musí žena i muž stejně, a to je spravedlivé.“ Souhlasíte s tím? A co si pod tou větou představujete?

V podstatě souhlasím – univerzita potřebuje leadera, který umí naslouchat a zároveň se nebojí rozhodovat. Naše instituce má 17 fakult a několik součástí a jejich zájmy jsou někdy různé. Tuto různost je třeba vnímat, ale zároveň je nezbytné uvažovat „univerzitně“ a posouvat instituci vpřed jako celek.

V době covidové jste byla v pozici prorektorky pro studijní záležitosti. Jak ta doba postihla výuku na fakultách?

Obecně byla výuka od počátku pandemie na vysokých školách zasažena zásadně, a to především v oblasti praktické výuky u těch programů, které nezískaly výjimky k usku-tečňování praxe. To se zpočátku bohužel týkalo i lékařských fakult – na jaře 2020 byla na nějaký čas výuka omezena tak, že mohla běžet jen distančně. Naštěstí od podzimu 2020 bylo lékařským a farmaceutickým fakultám a také některým dalším studijním programům umožněno praktickou výuku realizovat. Na jaře 2021 byl pak problém v tom, že došlo v některých fakultních nemocnicích k tak významnému přetížení klinického personálu, že to vedlo ke krátkodobému omezení výuky. Například ve Fakultní nemocnici v Plzni výuka nějaký čas nemohla běžet, protože personál na výuku už prostě neměl kapacity.

Dalším faktorem, který ovlivnil výuku na lékařských fakultách, byla dobrovolnická činnost mnohých studentek a studentů a také třikrát vyhlášená pracovní povinnost. To, co mne osobně velmi mrzelo a trápilo, byl fakt, že v některých krajích, například Karlovarském, krajské úřady nebraly ohledy na to, zda medičky a medicí již někde pracují dobrovolně – prostě poslali Policii ČR k nim domů na adresu trvalého bydliště a dobrovolnická činnost mimo jejich kraj je nezajímala. Naštěstí se postupně podařilo komunikaci s kraji zlepšit a podobným excesům předcházet.

Jsou medicí i přes koronavirová omezení dostatečně připraveni na další studium a povolání?

Ano, jsem přesvědčená, že i když bylo pro vyučující lékaře a lékařky i pro medicí a medičky celé to období obtížné, tak se ve většině případů kvalita výuky ani náročnost zkoušek zásadně nezměnily. Na Univerzitě Karlově jsme na jaře 2020 velmi rychle poskytli fakultám metodiku pro přípravu distančních zkoušek. Naštěstí ta doba, kdy zkoušky nebylo možné realizovat prezenčně, byla omezená a po většinu akademického roku 2020/2021 bylo již možné zkoušky realizovat prezenčně, přímo na fakultách.

Fakulty také často prodloužily narušené semestry, prodloužily zkoušková období, započítávaly do praxí částečně třeba i dobrovolnickou činnost a hledaly i další alternativy s cílem umožnit studentkám a studentům vše zameškané dohnat.

Co bylo zatím v době covidové nejtěžší?

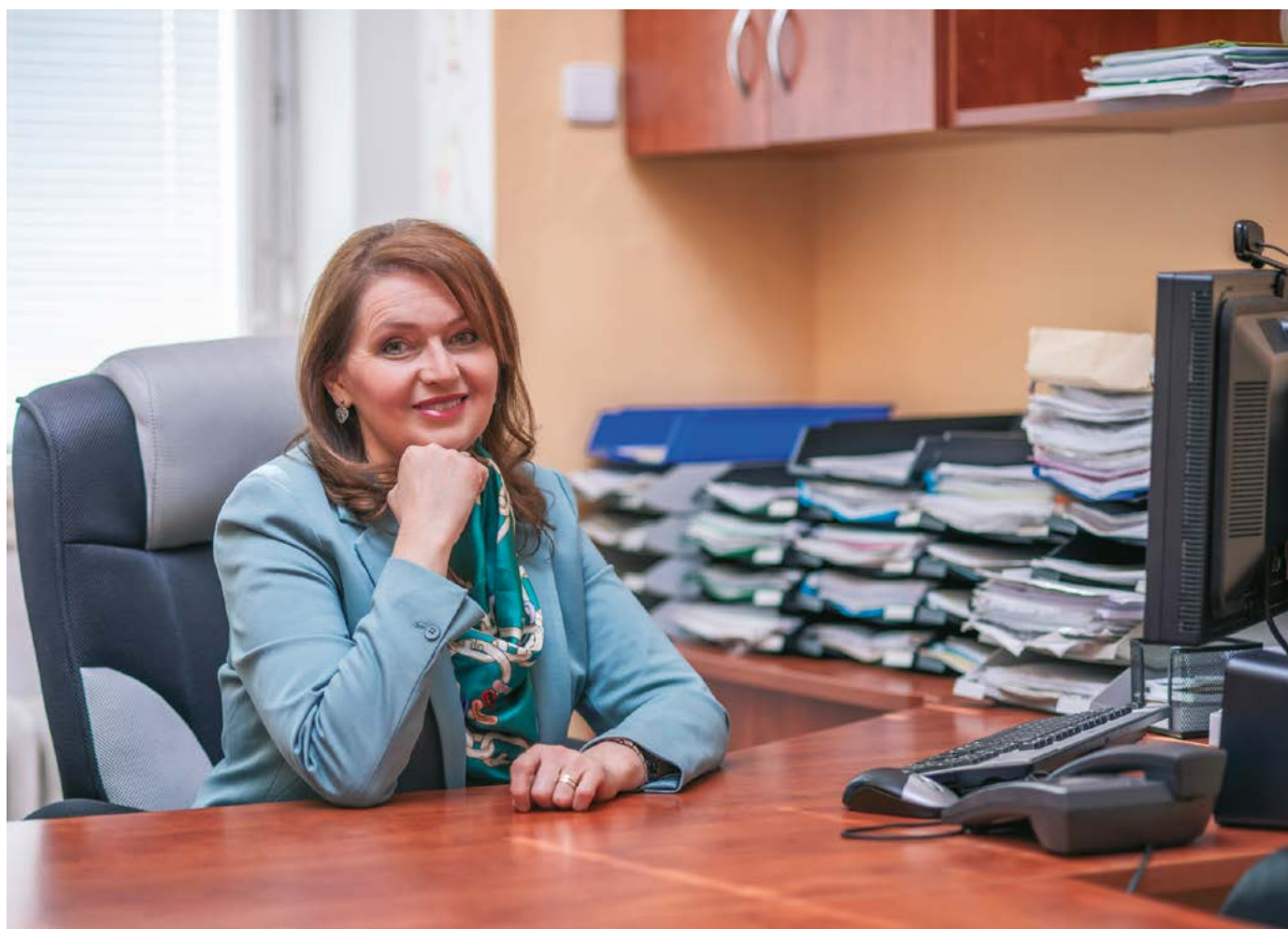
Pro každého asi něco jiného: pro mnohé medicí bylo nejtěžší umět zkombinovat dobrovolnickou práci a studium, pro některé vyučující lékaře a lékařky bylo nejtěžší velké klinické vytížení, pro vedení fakult to, že se neustále měnily podmínky a nařízení. Studenti z těch fakult, kde byla výuka nějaký čas jen a pouze distanční, se častěji potýkali s duševními problémy. Ti studenti, kteří přišli o brigády, měli najednou ekonomické problémy. Pro mě osobně bylo nejtěžší na všechny tyhle možnosti myslet a přiměřeně na ně reagovat, což si myslím, že se z velké míry povedlo, a to především díky skvělému týmu a výborné spolupráci se studijními prodělkankami a prodělkany a vůbec zaměstnanci všech fakult naší univerzity.

Řeší se v rámci výuky možnosti telemedicíny, která se velmi rozjela v době covidové?

Částečně ano, ale myslím, že ještě nikoliv dostatečně. Telemedicína je rychle se rozvíjející oblast a její výuce je třeba do budoucna věnovat větší pozornost. Covid nástup telemedicíny mnohde významně urychlil, což je dobře, ale nyní je potřeba překloupat zkušenosti z té „emergency“ situace do dalších, snad již klidnějších, standardnějších měsíců a vytěžit z možností telemedicíny do budoucna maximum. A co nejdříve v této oblasti také dostatečně vzdělávat medicí i lékaře.

Jak doba covidová zasáhla výzkumnou činnost na fakultách?

Ráda bych zdůraznila, že Univerzita Karlova se do boje proti covidu svou vědeckou prací velmi aktivně zapojila a díky přenosu po-



znatků a technologií do praxe uvedla i dokonce přímo na trh například nové diagnostické prostředky.

Uskutečňování výzkumné práce jako takové na fakultách bylo rozhodně zasaženo méně než výuka. Většina výzkumných pracovišť na univerzitě běžela, samozřejmě s ohledem na epidemiologická nařízení, která byla v té době platná. Problém jsme samozřejmě zaznamenali tehdy, když studenti neměli mít přístup na pracoviště, a nemohli tak pracovat na zadaných výzkumných úkolech. Pevně doufám, že takový stupeň lockdownu nás už letos na podzim nečeká, a jsem moc ráda, že se řada našich studentů nechala již očkovat.

#### **Kdybch se zeptala, co byste ráda zlepšila ve výuce mediků, co by to bylo?**

Ve výuce mediků je určitě neustále co zlepšovat, nikdy nemůžeme ustrnout a zůstat spokojeni. V první řadě si jistě medičky i medicí přejí ještě více možností pro získávání praktických dovedností. A to co nejdříve, tedy hned v úvodu studia. V dnešní době jsou k dispozici velmi kvalitní simulátory, od kterých by to mělo začít. Pro lékařské fakulty není snadné simulační cen-

tra nejen vybudovat, ale i provozovat – je to zátěž jak po finanční stránce, tak pak při provozu zá na zajištění kvalifikovaných lektorů. Nicméně je dobré a důležité, že fakulty tomuto věnují pozornost. A pak samozřejmě ta vlastní, opravdová klinická praxe, ta je klíčová.

#### ***Většina výzkumných pracovišť na univerzitě běžela.***

Další oblast, o kterou by se výuka měla postupně obohacovat, jsou mezioborové novinky jako umělá inteligence v medicíně, telemedicína a další technologie, jež se nyní dynamicky rozvíjí.

I ve výuce medicíny by dle mého názoru měl postupně více prostoru dostávat rozvoj transversálních dovedností, jako je kritické myšlení nebo schopnost týmové práce.

#### **Jak se lékaři srovnali s trendem online konferencí?**

Asi jak kdo a jak v čem. Osobně vnímám online konference jako výbornou možnost účastnit se skvělých přednášek z domova, často za menší poplatek než v případě prezenčních konferencí, což je dělá dostupnější. Ale opravdu moc mi chybí ta neformální setkávání nad kávou, při kterých často probíhají inspirativní debaty a vznikají nové spolupráce. Moc bych si přála, abychom do budoucna pokračovali jak v online konferencích, tak abychom už brzy mohli pořádat odborné akce s prezenční účastí – obojí má svůj význam.

#### **Věnujete se výzkumu histologie, je nějaký posun v tomto oboru?**

Zatím vedu ústav histologie a embryologie, kde se věnujeme především kvantitativním histologickým metodám. Ty aplikujeme například na posuzování míry a kvality hojení, na kvantifikaci a charakterizaci neovaskularizace apod. Tyto morfologické metody tak významným způsobem doplňují v řadě studií metody molekulárněbiologické.

Našemu ústavu se v minulých letech podařilo i díky kvantifikačním metodám spolupracovat s aplikační sférou a řadou firem, které vyvíjejí například nové materiály.

Biomedicínské centrum Lékařské fakulty v Plzni Univerzity Karlovy je místem, kam se řada soukromých firem začíná obracet s nabídkou tzv. smluvního výzkumu, tedy že nás osloví s konkrétním problémem z praxe a my společně s nimi hledáme nejlepší řešení, aplikovatelné do praxe.

Nicméně vedení ústavu jako rektorka opustím a přenechám ho někomu ze svých skvělých kolegů či kolegyně – jsem moc ráda, že na mém ústavu je hned několik osobností, jež mohou ve výběrovém řízení o tento post usilovat. Víím, že v rukou každého z nich bude náš ústav dál prosperovat.

### *Vysněných projektů mám více.*

**Zabýváte se i výzkumem neplodnosti, co nového je v tomto oboru?**

Výzkum neplodnosti přináší řadu novinek. Jednak tu máme novinky v oblasti metod asistované reprodukce, které již nyní pomáhají více než 90 % neplodných párů. Neméně významné jsou objevy v oblasti výzkumu vajíček a spermií popisující různé škodliviny objevující se v našem okolí, v životním prostředí. Věřím, že tyto studie povedou k tomu, že se určité škodlivé látky podaří eliminovat, a jejich vliv na plodnost dalších generací tak snížit.

Co se týče metod asistované reprodukce, v této oblasti jde o to, aby výzkum a vývoj přispěl do budoucna ke zvýšení jejich

## prof. MUDr. Milena Králíčková, Ph.D.

- V letech 2010 až 2014 zastávala funkci proděkanky pro rozvoj na Lékařské fakultě v Plzni.
- V lednu 2011 se stala vedoucí Ústavu histologie a embryologie Lékařské fakulty v Plzni Univerzity Karlovy.
- Pracuje jako sekundární lékařka na Gynekologicko-porodnické klinice ve Fakultní nemocnici v Plzni.
- Je předsedkyní oborové rady doktorského studijního programu Anatomie, histologie a embryologie, je členkou Vědecké rady Lékařské fakulty v Plzni Univerzity Karlovy.
- Od roku je 2012 čestnou ambasadorkou Fulbrightovy komise.
- Od února 2014 zastává funkci prorektorky pro studijní záležitosti v kolegiu rektora Univerzity Karlovy Tomáše Zimy.
- 2. května 2021 oznámila kandidaturu na funkci rektorky Univerzity Karlovy pro funkční období 2022–2026.
- 22. října 2021 byla zvolena rektorkou v prvním kole. Poté, co ji ve funkci potvrdí prezident, se stane první ženou v čele nejstarší a největší vysoké školy v ČR.

efektivitu a pokud možno, tak i ke snížení jejich invazivity. I o toto svým výzkumem usilujeme.

**Působíte v Biomedicínském centru v Plzni, jaké vědecké programy běží tam?**

V Biomedicínském centru, které patří k Lékařské fakultě v Plzni Univerzity Karlovy, běží řada zajímavých, klinicky orientovaných programů. Jeden výzkumný program je zaměřen na sepsi, antimikrobiální rezistenci, druhý je širší, zaměřený na regenerativní medicínu, výzkum nových materiálů, molekulární biologii nádorů, neurovědy a reprodukční medicínu. Právě Laboratoř

reprodukční medicíny realizuje výzkum pohlavních buněk a jejich ovlivnění vybranými škodlivinami. Například nebezpečný bisfenol A, o jehož škodlivosti se ví již delší dobu a pomalu mizí z našeho světa, bývá někdy nahrazován bisfenolem S. Ten je ale zřejmě neméně škodlivý. Tým pod vedením kolegy doc. Jana Nevorala se tomuto problému již nějakou dobu věnuje a tuto problematiku řeší.

**Jaké jméno má tato práce ve světě?**

Určitě dobré. Jedná se o mezinárodně viditelný, často v zahraniční citovaný výzkum. Práce týmů z Biomedicínského centra sbírají i řadu mezinárodních ocenění – například právě článek kolektivu vedeného docentem Nevoralem na téma dlouhodobé expozice bisfenolem s názvem “Long-term exposure to very low doses of bisphenol S affects female reproduction” byl publikovaný v časopisu *Reproduction* a následně získal nejvyšší ocenění evropské společnosti pro reprodukční medicínu “Society for Reproduction and Fertility – Reproduction Prize” za rok 2019.

**Je ještě nějaký projekt, na kterém byste se ráda podílela?**

Takových vysněných projektů mám více. Předemnou jsou jednak vědecké projekty z oblasti reprodukční medicíny, v rámci níž je mým velkým přáním přispět k tomu, aby se z našeho životního prostředí dařilo eliminovat endokrinní disruptory a obecně všechny látky, které nyní plodnost snižují, narušují. Také myslím na projekty investiční, které běží nebo jsou připravovány na naší univerzitě a které jako rektorka budu prosazovat a realizovat.



# Počet hospitalizací stoupá, na vině jsou hlavně neočkovaní

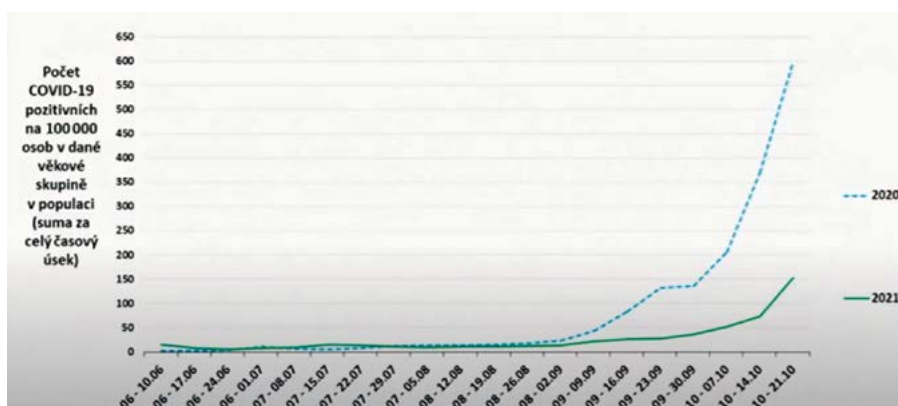
26. října 2021 se na půdě Ministerstva zdravotnictví konala tisková konference k aktuální epidemické situaci, kterou okomentoval ředitel Ústavu zdravotnických informací a statistiky prof. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D. Podle něho se epidemie koronaviru v posledních několika dnech v Česku zhoršuje. Na vině jsou především neočkovaní lidé, kteří tvoří až 75 % všech pozitivních záchytů. Stávají se tak hrozbou pro nedoočkovanou část seniorní populace.

## Vakcína zbrzdila šíření nákazy

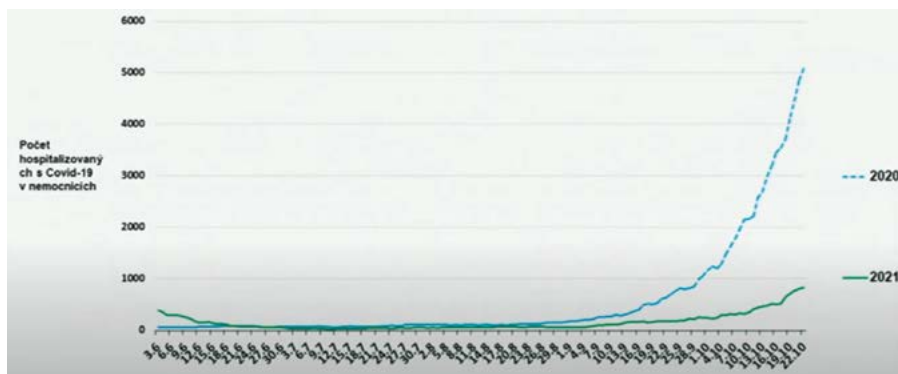
Prof. Dušek ve své prezentaci popsal vývoj aktuální epidemické situace k datu 26. října 2021. „Platí, že je situace nesrovnatelně lepší, než tomu bylo na podzim minulého roku, kdy šíření začalo o poznání dříve. Brzdný efekt vakcinace jednoznačně funguje i při šíření nákazy, byť vakcína není 100% zárukou, že se nemůžete nakazit,“ poznamenal Dušek.

Před rokem bylo ke konci října hospitalizováno přes 5 tisíc pacientů, k datu konference bylo v nemocnici okolo tisíce pacientů. Podle Duška by se počet nakažených zastavil, kdyby míra proočkovanosti v České republice byla podobná, jak je tomu například v Portugalsku, kde je proočkovanost populace přes 90 %. S vysokou pravděpodobností by sice ještě rostl počet nakažených, nárůst by se ale zastavil a ustálil. „Tuto jistotu my ale absolutně nemáme. Stále existuje v populaci velké riziko, že v podzimních měsících dojde k zásahům zranitelné části populace,“ podotkl Dušek.

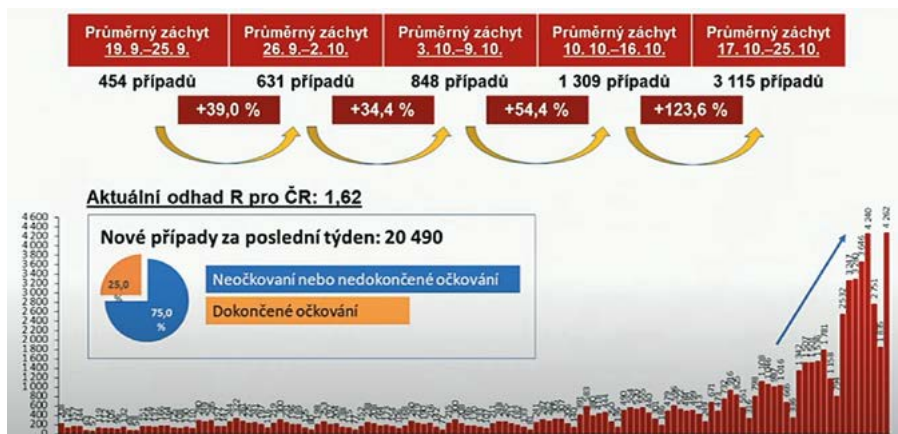
To, že dochází k šíření nákazy, vysvětlil Dušek tím, že roste virová nálož v populaci (resp. prevalence aktivních nálezů), a roste tak i pravděpodobnost, že se potenciálně zranitelný člověk setká s někým, kdo je nakažený. „Kdyby byla populace naočkovaná z 90 %, je nízká pravděpodobnost přenosu mezi očkovanými, a pravděpodobnost těžkého průběhu je tak snížena významně.“ V období mezi 19. 9. 2021 a 25. 9. 2021 bylo potvrzených 454 případů a přibližně o měsíc později bylo v období mezi 17. 10. 2021 a 25. 10. 2021 potvrzeno 3115 případů. Odhad čísla R je k datu konference 1,62, což odpovídá vysoce rizikovému scénáři predikce šíření nákazy.



Graf 1 Srovnání vývoje počtu nakažených ve stejném období roku 2020 a 2021



Graf 2 Srovnání počtu hospitalizovaných ve stejném období roku 2020 a 2021



Graf 3 Grafické znázornění denního počtu nakažených s průměrným týdenním záchytem

## Nákaza se šíří hlavně v neproočkovaných regionech

Relativní pozitivita testů vyjadřuje procento pozitivních záchytů na 100 testů. Čím je toto číslo vyšší, tím větší je výskyt aktivních nákaz v populaci. Hodnota nad 10 % je velmi riziková. K datu Duškovy prezentace byla přes 13 % a v některých regionech dokonce přes 20 % (Jihočeský a Olomoucký kraj). Růst tohoto čísla je varovným signálem i pro budoucí zátěž nemocnic, stejně jako výskyt symptomatických záchytů nemoci, který rovněž roste.

Zátěž mladé populace v čase rychle roste, a to zejména ve věkové kategorii 6–19 let, a také u lidí kolem 50 let, u kterých je převaha nákazy mezi neočkovanými.

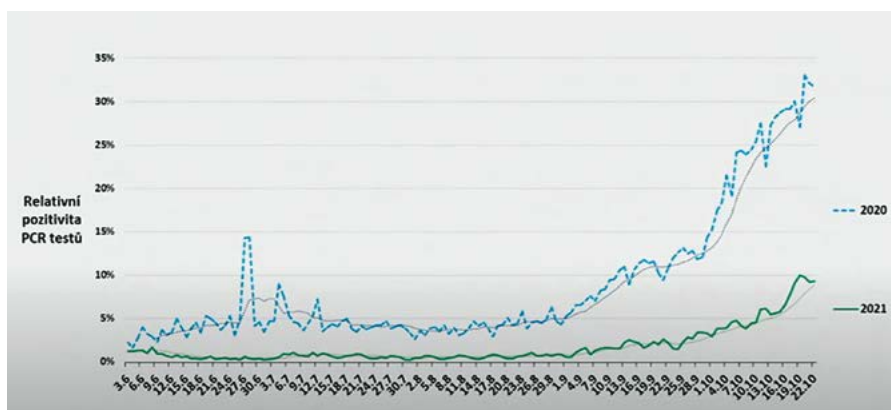
Celková proočkovanost populace stále není dostatečná. V okrajových částech republiky jsou celé oblasti, kde jsou kumulovány málo proočkované obce, které mohou být zárodkem lokálních ohnisek nákazy v podzimních měsících.

## Česko v očkování zaostává za Evropou

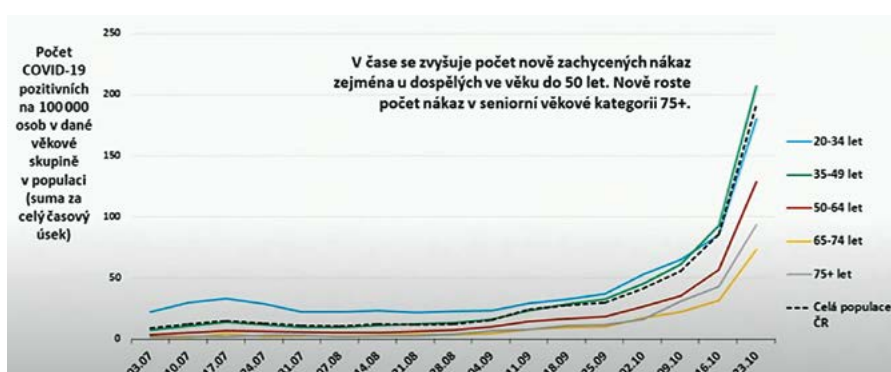
Mezi státy s nejvyšší mírou proočkovanosti patří Irsko, Malta nebo Portugalsko. Ve srovnání s Evropou je proočkovanost v Česku nižší – 67 %, což může vést k rychlému šíření nákazy v podzimních měsících. Řada států v očkování však pokulhává za ČR, např. Slovensko mělo proočkovanost k datu konference 59,6 %.

V ČR je nedoočkovaná středněvěká a mladá populace, a podle Duška se tak otevírá brána pro vzájemné šíření mezi nimi. Proočkování seniorů není v ČR sice špatné – 83 %, přesto asi 400 000 stále není doočkováno. „Rostoucí podíl nakažených zvyšuje riziko nákazy nedoočkované části seniorní populace,“ upozornil Dušek.

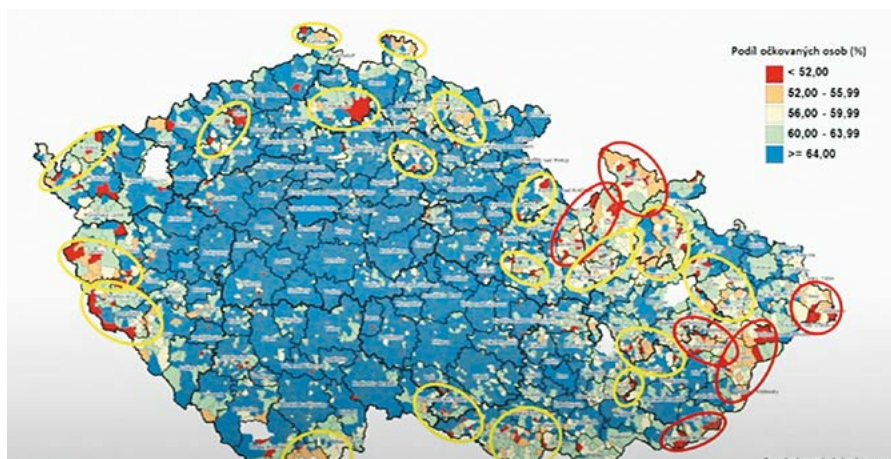
Byť nemusí očkování fungovat na 100 %, vakcína prokazatelně srazila mortalitu a těžké průběhy nákazy u seniorů na jaře 2021. Teď těžké průběhy narůstají u neočkované části populace a v menší míře u lidí nad 75 let. Podle šéfa statistik je to výzva k posilující dávce především u seniorní části populace. Ochrana proti těžkému průběhu u populace 16+ vychází na 77 %, u populace 65+ a 75+ je to 85 %.



Graf 4 Vývoj relativní positivity PCR testů



Graf 5 Počet pozitivních případů na 100 000 osob v dané věkové kategorii



Graf 6 Mapa ČR znázorňující podíl očkovaných osob v jednotlivých oblastech

## Bez neočkovaných bychom viděli třetinová čísla hospitalizovaných

Nejčastěji jsou na JIP hospitalizováni očkovaní pacienti seniorního věku (modus

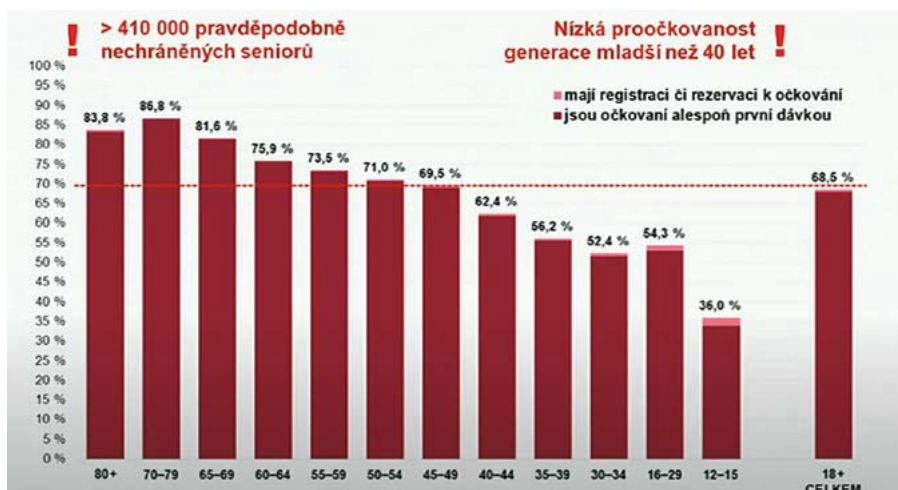
75–80 let), kteří mají ale další přidružená onemocnění, a dále neočkovaní pacienti – z 80 % pod 70 let. V období 1.–23. 10. 2021 leželo na JIP 266 pacientů, přičemž 78 % bylo neočkovaných a 21,7 % očkovaných. „Kdybychom byli všichni očkovaní,

tak bychom tu viděli třetinová čísla a nehrázilo by do budoucna žádná zhlacení nemocniční péče," uvedl Dušek.

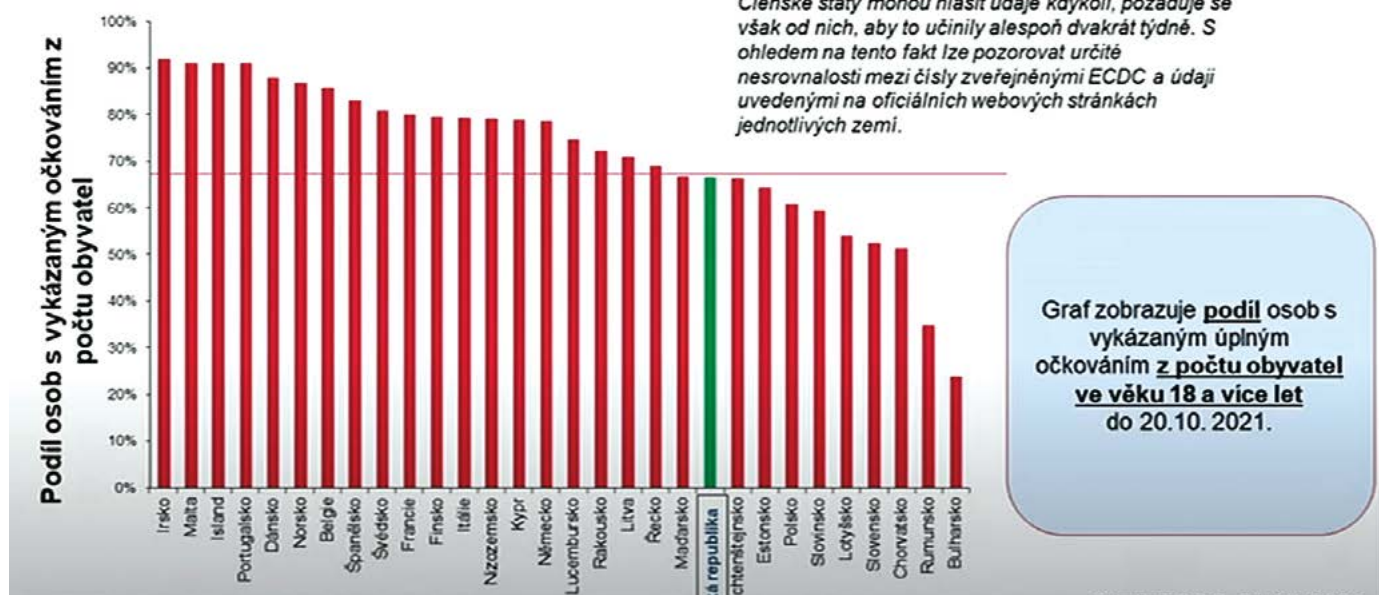
Byť jsou aktuální počty hospitalizovaných pacientů stále významně nižší než v roce 2020, překonali jsme 1000 pacientů s koronavirem v nemocnicích. Skokově přibýlo pacientů na umělé plicní ventilaci z 59 na 75. Průměrně je v ČR v běžných dobách ventilováno 400 pacientů na celou ČR.

Šíření koronaviru jde v Česku podle rizikového scénáře. Podle Duška se vzhledem k vývoji počtu testovaných kolem 5 tisíc denně naše republika nepochybně dostane nad 300 nových případů na 100 tisíc obyvatel za 7 dní.

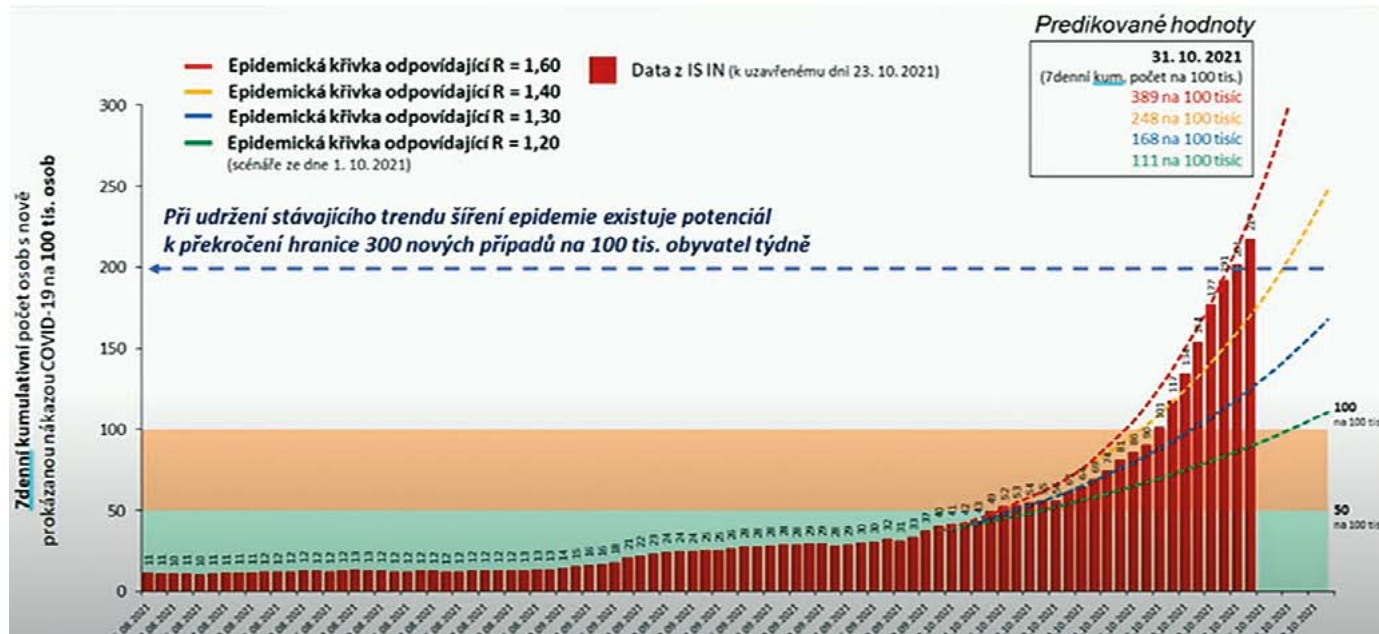
Michal Češek



Graf 7 Míra proočkování populace dle věku



Graf 8 Srovnání podílu osob s vykázaným očkováním mezi evropskými zeměmi



Graf 9 Predikce vývoje nákazy ve 4 scénářích

(Zdroj grafů: MZ ČR)



# Méně škodlivé varianty kouření by mohly obstát v boji s rakovinou

21. října 2021 proběhl seminář s názvem *Omezování závislosti na cigaretách a prevence rakoviny v českém i evropském kontextu*. Panelovou diskusí, která vznikla na základě znepokojení ze stavu kouření v České republice, pořádala Harm Reduction Academy, zabývající se politikou snižování škod způsobených kouřením.

Členové panelové diskuse se zaměřili na téma týkající se hodnocení dopadů kouření na stav veřejného zdraví v České republice a existující řešení omezování závislosti na cigaretách, a to zejména v souvislosti s implementací tzv. Evropského plánu boje proti rakovině.

V ČR je přibližně 1,4 milionu denních kuřáků a podle statistik Státního zdravotního ústavu z roku 2020 kouřilo 23 % dospělých, což je o 1,8 % méně než v roce 2019. Počet vykouřených cigaret za den se ale zvýšil z 11,3 na 12,7. PhDr. Ladislav Csémy podotkl, že v současné době nejsou dostatečně účinná opatření v kontrole tabáku, což vyplývá mj. také z dat o úmrtnosti nebo prevalenci kouření. Dobrou zprávou nicméně je, že od roku 2010 klesá počet dospívajících kuřáků v ČR.

## Hlavním problémem je tabákový kouř

Ve Evropě se kouření podílí na roční mortalitě zhruba 16 %. Česká republika patří mezi země, ve kterých zemře v důsledku kouření přibližně 16–18 tisíc lidí ročně. Z tohoto počtu zemře v důsledku maligního onemocnění přibližně 6 tisíc lidí ročně, a to nejčastěji na rakovinu plic (necelých 5 tisíc lidí). Byť je kouření příčinou asi čtvrtiny všech onkologických onemocnění, nejvíce kuřáků umírá na srdeční infarkty a mozkové mrtvice, následují respirační onemocnění a další.

Mezi hlavní rizika pro kuřáky patří právě tabákový kouř, který obsahuje asi stovku karcinogenů, z nichž 60 prokazatelně přispívá ke vzniku onkologických onemocnění. Prof. MUDr. Eva Králíková, CSc., uvedla, že zanechat kouření se vyplatí vždy, a to i po onkologické diagnóze, jelikož kouření mj. ovlivňuje celou řadu léků – například účinek chemoterapeutik se vlivem kouření snižuje až o 40 %.

Přednášející se zaměřili také na alkaloid nikotin. „Čím déle se problematikou zabýváme, tím větší pochopení pro kuřáky mám. Existuje spousta lidí, kteří nejsou schopni přestat kouřit, a to kvůli nikotinu. Tito lidé by nejraději nekouřili, kdyby to šlo,“ řekla prof. Králíková, která dále zdůraznila, že nikotin mezi karcinogeny nepatří, je ale zodpovědný



Panel přednášejících. Zleva doc. MUDr. Viktor Mravčík, PhD., prof. MUDr. Eva Králíková, CSc., doc. MUDr. Ernest Groman, Ph.D., PhDr. Ladislav Csémy a Ing. Aleš Rod, Ph.D. (Foto: Michal Češek)

za vznik závislosti na tabáku. PhDr. Csémy popsal účinky nikotinu na stimulaci nikotinových receptorů v CNS (ovlivnění napětí, tenze a úzkosti, snížení pocitu hladu apod.) a vznik závislosti. Zmínil, že ze všech nejčastěji užívaných návykových látek je nikotin na prvním místě v síle závislosti, v míře intoxikace ale na místě posledním.

## Elektronické cigarety představují nižší riziko

Jak ale zabránit zdravotním dopadům, které má kouření cigaret na svědomí? Přednášející se shodli, že nejméně rizikovou cestou jsou alternativní způsoby užívání nikotinu například ve formě tzv. snus (žvýkacího tabáku), nikotinových sáčků nebo elektronických cigaret. Ve srovnání s kouřením tabáku se totiž jedná o modifikace méně škodlivé pro zdraví.

Velká pozornost byla věnována elektronickým cigaretám. Podle přednášejících přináší zdravotní i ekonomické benefity, například snižují zdravotní rizika kouření cigaret až o 90 %. Pokud se využívají k odvykání kouření, jsou účinnější než produkty typu nicotin replacement therapy (nikotinové náplasti, žvýkačky či spreje).

Přednášející se také zmínili o situaci s kouřením v severských zemích. Doc. MUDr.

Ernest Groman, Ph.D., z vídeňské Lékařské univerzity přiblížil rozdíly v kouření ve Švédsku a v Rakousku, přičemž zhodnotil situaci v severské zemi mnohem příznivěji. Podle Dr. Gromana je možná příčina právě v alternativních způsobech užívání nikotinu, které jsou ve Švédsku rozšířeny již několik desítek let.

## Netrestat, ale informovat

Jak ale motivovat kuřáky k přechodu k méně škodlivým formám kouření cigaret? Tradiční postupy založené na zvyšování cen, zdaňování, zákazech a trestání spotřebitelů cigaret mají již mizivé výsledky a kuřáci jsou vůči nim imunní. Podle Dr. Karla Erika Lunda z Norského institutu veřejného zdraví to vede akorát ke stigmatizaci kuřáků. Upozornil také, že v dnešní době se proměnil obraz typického kuřáka, ale strategie preventivních programů zůstávají nadále stejné. „Zatímco v minulosti bylo kouření cigaret spojeno s vyšším postavením ve společnosti, v současné době se stále více kuřáků řadí mezi nízkopříjmové a současná opatření (např. zvyšování cen cigaret) akorát zhoršují jejich životní situaci. Měli by být informováni o existujících „zdravějších“ alternativách na trhu, které mohou konkurovat cigaretám. Čistý přínos na veřejné zdraví tak bude pozitivní,“ řekl na závěr Dr. Lund. (red)

## V Jablonci používají chlazení jako prevenci vzniku alopecie při chemoterapii

Chlazení hlavy (scalp cooling) během chemoterapie je metoda používaná k prevenci kompletní ztráty vlasů. Největší zkušenosti s použitím této metody jsou u pacientek léčených pro karcinom prsu. Chlazení hlavy se provádí přístrojem PAXMAN na onkologickém stacionáři během aplikace chemoterapie. Nákupem tohoto přístroje se Nemocnice Jablonec nad Nisou zařadila k několika málo zdravotnickým zařízením v České republice, která mohou nabídnout onkologickým pacientům tento nadstandardní přístup.

Alopecie patří k nejobávanějším vedlejším účinkům chemoterapie a nemocného, který se vyrovnává s realitou onkologického onemocnění, výrazně psychicky zatěžuje. Chemoterapie působí na všechny rychle se dělící buňky v těle, útočí tedy i na buňky vlasových folikulů a způsobuje úplnou nebo částečnou atrofii vlasového kořínku. V důsledku toho dochází k oslabení nebo odlomení samotného vlasu.

Chlazení hlavy (scalp cooling) během chemoterapie je metoda používaná k prevenci kompletní ztráty vlasů. Největší zkušenosti s použitím této metody jsou u pacientek léčených pro karcinom prsu chemoterapií s antracykliny nebo taxany. Ochlazení pokožky hlavy způsobí vazokonstrikci, tím se sníží průtok krve kůží a cytostatikum se dostává do vlasové cibulky jen omezeně, zpomaluje se též me-

tabolická aktivita vlasového folikulu. Pro účinnost této techniky je třeba udržovat pokožku hlavy v chladu zejména během doby, kdy je koncentrace léčiv v krevním oběhu nejvyšší. Při samotném ošetření se pokožka hlavy ochlazuje krátkodobě 30 minut před zahájením chemoterapie, chladí se po celou dobu aplikace a také 90–120 minut po chemoterapii. Chlazení hlavy se provádí přístrojem PAXMAN na onkologickém stacionáři. Přístroj zabezpečuje cirkulaci kapalného chladicího média při nízkém tlaku přes speciální chladicí čepici nasazenou na hlavě pacienta. Chladicí médium cirkulující přes čepici odvádí teplo z hlavy pacienta a udržuje optimální teplotu potřebnou pro ochlazování pokožky hlavy. V závislosti na typu podané chemoterapie se dosahuje zachování 45–80 % vlasů nemocných.

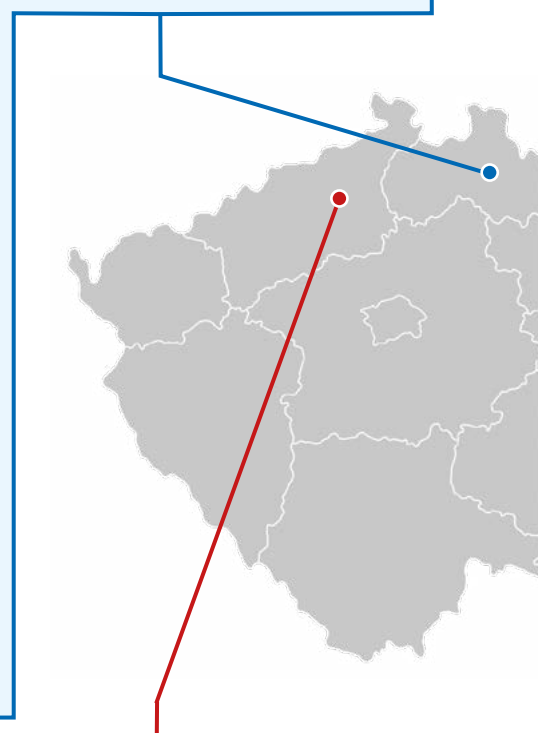
Kontraindikací je onkologické onemocnění s velkým množstvím cirkulujících nádorových buněk: hematologické malignity (leukemie, lymfomy), melanom a systémové nemoci spojené s riziky při vystavení chladu (kryoglobulinemie a další). Metoda není vhodná pro chemoterapeutické režimy trvající více hodin. Nežádoucími účinky jsou pocit chladu, bolesti hlavy, bolest pokožky hlavy, migrény, chladová kopřivka.

Použití chladicího systému PAXMAN není v ČR hrazeno z veřejného zdravot-

ního pojištění a pacienti si jeho použití musí plně hradit. Cena je určena podle délky chlazení v závislosti na typu použitých cytostatik.

Nákupem tohoto přístroje se Nemocnice Jablonec nad Nisou zařadila k několika málo zdravotnickým zařízením v České republice, která mohou nabídnout onkologickým pacientům tento nadstandardní přístup.

(red)



## Ústí nad Labem prezentovalo Nové trendy ve zdravotnických vědách 2021

Koncem října se konala Mezinárodní vědecká konference „Nové trendy ve zdravotnických vědách 2021 – Quo vadis zdravotnictví“, kterou pořádala Fakulta zdravotnických studií Univerzity J. E. Purkyně v Ústí nad Labem ve spolupráci s Fakultou zdravotnických odborů Prešovskej univerzity v Prešově a Masarykovou nemocnicí v Ústí nad Labem, o. z.

Témata konference odrážela aktuální stav vědeckých poznatků ve zdravotnických vědách, v oblasti nelékařských zdra-

votnických oborů provozovaných na FZS UJEP: Ergoterapie, Fyzioterapie, Porodní asistence, Všeobecné ošetřovatelství, Zdravotnické záchranářství a další specifické disciplíny.

Konference byla určena pro akademické pracovníky a odborníky z praxe, kteří působí v oblasti zdravotnictví nebo sociální sféry, a studenty nelékařských zdravotnických oborů. Konference se uskutečnila v hybridním formátu – na místě i on-line.

(red), foto UJEP



## XXXVI. neonatologické dny v Ostravě přilákaly přes 350 odborníků nejen z České republiky

Tři dny hostila Ostrava XXXVI. neonatologické dny, nejprestižnější republikové setkání odborníků z oblasti péče o novorozence. Pozvání organizačního výboru, vedeného MUDr. Hanou Wiedermannovou, primářkou Oddělení neonatologie Fakultní nemocnice Ostrava, přijalo přes 350 lékařů a sester z České republiky i ze zahraničí.

Třídenní sjezd odborníků z oblasti neonatologie zahájil ve středu 3. listopadu primář Perinatologického centra Všeobecné fakulní

nemocnice v Praze prof. MUDr. Richard Plavka, CSc. Ve své přednášce zhodnotil uplynulých 25 let vývoje neonatologie v ČR z pohledu nasbíraných dat. Ředitel Fakultní nemocnice Ostrava MUDr. Jiří Havrlant, MHA, ve svém úvodním slovu mimo jiné vyzdvihl dobře fungující spolupráci perinatologického centra nejen se všemi pracovišti ostravské fakulní nemocnice, ale i ostatními centry napříč Českou republikou.

V lékařské sekci zaznělo 40 odborných přednášek. Čtyři připravili lékaři ostravské fakulní nemocnice. „Nosným tématem neonatologických dnů je letos hypoxie. To znamená léčba dětí, které mají poruchu porodní adaptace,“ uvedla MUDr. Hana Wiedermannová. Součástí mezinárodní akce byla také sesterská sekce, na které zaznělo 35 odborných sdělení. Třináct z nich prezentovali zdravotníci ostravské fakulní nemocnice. „Ve své přednášce jsem přiblížila naše praktické zkušenosti s lůžkem LifeStart, které je určeno ke stabilizaci novorozence při pozdním podvazu pupečníku,“ uvedla staniční sestra Jednotky intenzivní a resuscitační péče Oddělení neonatologie FN Ostrava Mgr. Veronika Petrášová.



Předseda České neonatologické společnosti prof. MUDr. Zbyněk Straňák, Ph.D., MBA, připomněl, že péče o fyziologické a předčasně narozené děti je v České republice na velmi vysoké úrovni a za uplynulých 25 let zaznamenala výrazné pokroky. „Došlo nejen ke snížení úmrtnosti těch nejvíce ohrožených novorozenců, to znamená novorozenců s velmi nízkou porodní hmotností pod 1000 gramů, ale došlo také k výraznému zlepšení výsledků z hlediska nemocnosti těchto dětí, což považujeme za nejdůležitější ukazatel kvality poskytované péče,“ uvedl prof. Straňák.

(red), foto: FNO

## FN Brno patří k nejzatíženějším s pacienty covid+ na JIP

3. listopadu 2021 bylo ve Fakultní nemocnici Brno hospitalizováno 82 pacientů s koronavirem, z toho jich bylo 22 na jednotkách intenzivní péče a 11 jich potřebuje umělou plicní ventilaci. Z toho důvodu muselo být vyčleněno již šesté oddělení jednotky intenzivní péče.

S rychlým nárůstem hospitalizací podniká nemocnice další organizační kroky pro vyčlenění dostatečných kapacit v očekávání zhoršujícího se výhledu dalších týdnů. Dochází také ke sloučení některých oddělení a klinik pro uvolnění lékařů a sester. Elektivní péči zatím nemocnice neomezují i přesto, že uzavírá některé operační sály, uvolněný personál bude také využitý na covidových odděleních.

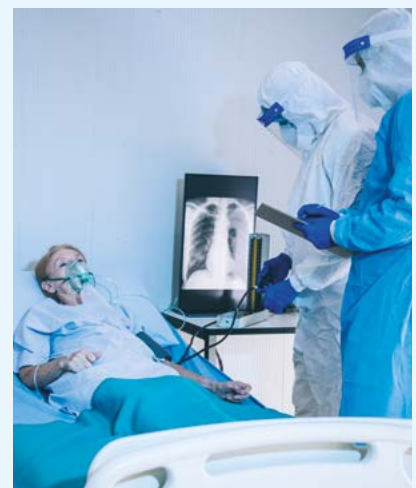
Celá Klinika infekčních chorob byla vyhrazena jako covidové pracoviště, uza-

vřené Oddělení rehabilitace se rozdělilo na část covidovou a druhou část vyhrazenou pro infekční necovidové pacienty. Vyčleňována jsou další oddělení pro intenzivní péči o pacienty s těžkým průběhem nemoci. Oddělení JIP mají pět nebo šest lůžek, aktuálně jsou pacienti s koronavirem na klinikách infekční, plicní, dva na anesteziologicko-resuscitační, na chirurgické JIPce a od 3. listopadu také na klinice popálenin.

Fakulní nemocnici v Bohunicích výrazně pomáhá i brněnská Dětská nemocnice, která pod ni spadá, a pro personální posílení poskytuje čtyři zdravotní sestry. V případě potřeby dalších zdravotníků pro covidové pacienty by bylo nutné další omezení poskytované elektivní péče. Nemocnice se tak snaží využít všech svých

možností, aby udělala pro pokračující boj s koronavirem maximum.

(red), ilustrační foto 123rf.com



# Čechům se během pandemie zhoršil zdravotní stav

*Značná část Čechů pocítila vliv pandemie onemocnění covid-19 na svém zdravotním stavu. Kvůli protiepidemickým opatřením a strachu z nákazy také téměř každý třetí člověk snížil počet návštěv u lékaře, to potvrzují i data z průzkumu mezi členy Sdružení praktických lékařů ČR. Podle nich nižší množství pacientů v ordinacích zaznamenalo 90 % praktiků.*

Až dva ze tří lékařů se setkali s tím, že odložená osobní prohlídka vedla k vážnému zhoršení zdravotního stavu. Třetina Čechů nechodí pravidelně ani na preventivní prohlídky a nepovažuje je za důležité. Vyplyvá to z průzkumů mezi praktickými lékaři a veřejností v rámci osvětové kampaně Dřív než bude pozdě, kterou spustilo Ministerstvo zdravotnictví s partnery.

## Sociální izolace, stres, nejistota

Za hlavní důvody zhoršení zdravotního stavu Čechů pokládají praktičtí lékaři hlavně sociální izolaci, neaktivitu a stres, který způsobila nová nejistá situace a lockdown (58 %). Dalšími příčinami bylo odložení plánovaných výkonů (58 %), postcovidové problémy (51 %) a neřešení potíží s lékařem (50 %).

Průzkum mezi praktickými lékaři potvrdil, že koronavirus velmi změnil podobu zdravotní péče. Kvůli strachu z nákazy (73 %) a koronavirovým opatřením chodil do ordinace menší počet Čechů. Lidé, kteří k lékaři chodili osobně, přicházeli většinou po předchozí domluvě ve smluveném čase (38 %). Prudce naopak narostl objem vzdálené komunikace mezi lékařem a pacienty. Téměř každý praktický lékař (96 %) v době pandemie zaznamenal zvýšený zájem pacientů o telefonické (89 %) nebo e-mailové (66 %) konzultace zdravotního stavu.

Přestože vzdálené konzultace ulevily zvýšenému rizikovému výskytu pacientů v ordinacích a nemocnicích a umožnily kontakt pacientů a lékařů v době pandemie, nemohou z dlouhodobého pohledu plnohodnotně nahradit osobní návštěvu lékaře. Čtvrtina lékařů (26 %) tuto formu nepovažuje za plnohodnotnou náhradu osobní lékařské prohlídky. Zbytek lékařů (72 %) by ji využil pouze k řešení méně vážných nebo dlouhodobě léčených obtíží stejným léčivým přípravkem při



nezměněném stavu. Osobní prohlídky umožní odhalit nemoci v jejich zárodku, případně přijít s novými řešeními a pomoci pacientovi na základě hlubší zpětné vazby a porozumění.

S případy, kdy bylo vážné zhoršení zdravotní stavu způsobeno oddálením návštěvy lékaře, se setkali v posledním roce dva ze tří praktických lékařů (66 %). Deset procent z nich se během pandemie s takovými případy setkávalo dokonce minimálně u čtvrtiny vyšetřovaných.

## Vzrostl výskyt diabetu, srdečních a onkologických onemocnění

Co se týká konkrétních onemocnění, jejichž výskyt v populaci dle praktických lékařů vlivem pandemie narostl, je možné zmínit především diabetes (37 %), srdeční onemocnění (36 %) a onkologická onemocnění (33 %). Markantní byl také výskyt nově diagnostikovaných psychologických obtíží, které u svých pacientů pozorovala necelá třetina (31 %) praktických lékařů.

Bez ohledu na pandemii průzkumy ukázaly, že velké množství Čechů není

důsledné v prevenci – více než čtvrtina Čechů chodí na preventivní prohlídky nepravidelně a každý desátý Čech dokonce řeší pouze akutní problémy a prevenci neřeší vůbec.

Méně se o své zdraví starají muži – prohlídky zanedbává až 40 % – u žen je to o necelých 10 % méně. Alarmujícím zjištěním je, že preventivní prohlídky nepovažuje za důležité téměř polovina lidí ve skupině od 27 do 44 let – tedy mladší lidé v produktivním věku. Právě prevence přitom může zabránit vzniku závažnějších a dlouhodobých zdravotních problémů.

Více než polovina Čechů užívá nějaký lék na lékařský předpis. Nejvíce je tomu tak logicky v nejstarší věkové skupině, v níž lék na recept potřebuje 8 z 10 lidí, nicméně i u nejmladší skupiny 18–26 let je to poměrně velký podíl – 40 %. Lidé si velmi osvojili získávání léků formou eReceptu – ten využilo přes 80 % respondentů. Alarmující je informace, že více než 7 % uživatelů léků na předpis si během pandemie změnilo jejich dávkování či léky úplně vysadilo, a to bez předchozí konzultace s lékařem.

(red)

# Prvenství OZP v oblasti medicíny pro třetí tisíciletí

*Telemedicína patří v současné době k jednomu z nejméně diskutovaných témat, a to jak mezi odborníky ve zdravotnictví, tak i mezi laickou veřejností. Oborová zdravotní pojišťovna (OZP) je první zdravotní pojišťovnou, která pomáhá zavést ve spolupráci s Rehabilitačním ústavem v Kladrubech do českého systému zdravotnictví telerehabilitaci.*

I přes nejednotná a mnohdy rozporuplná vyjádření týkající se možného rozšíření telemedicíny do běžného užívání existují zdravotní výkony, jejichž prostřednictvím je telemedicína již poskytována a hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Jedná se např. o dálkové kontroly zdravotního stavu pacientů v psychiatrické nebo kardiologické péči.

Klienti OZP, která se dlouhodobě profiluje jako moderní digitální online zdravotní pojišťovna a telemedicínskými projekty či postupy se zabývá už od roku 2018, mohou kromě telemedicínských výkonů zařazených do platného „Seznamu zdravotních výkonů“ využívat propojení se svým ošetřujícím lékařem a dalšími terapeuty prostřednictvím výkonu „Telemedicína – videokonzultace vzdáleným přístupem“. Výkon je navržen pro využití všemi ambulantními poskytovateli hrazených služeb, a to v případě potřeby konzultace při změně zdravotního stavu pacienta, kontrole či poskytnutí léčebné rady bez nutnosti osobní návštěvy v ordinaci. Podmínkou je registrace pacienta u daného lékaře nebo již uskutečněný přímý osobní kontakt či trvalá péče. Pro využití této formy péče je nezbytné technologické vybavení pro vedení audiovideokonzultace, souhlas pacienta a kyberneticky bezpečné prostředí.

V roce 2021 spustila OZP, jako první zdravotní pojišťovna, ve spolupráci s Rehabilitačním ústavem v Kladrubech projekt zaměřený na poskytování domácí telerehabilitace. Jedná se o pokračování potřebné terapie u vybraných způsobilých pojištěnců OZP po jejich propuštění z komplexní intenzivní lůžkové rehabilitace do domácího prostředí, a to právě s využitím prostředků distanční terapie. Telerehabilitace takového pojištěnce je vedena ve všech potřebných terapeutických oblastech (tj. fyzioterapii, ergoterapii, logopedii a klinické psychologii) za současného vedení lékařem-neurologem, přičemž tento multidisciplinární tým te-

rapeutů pravidelně klinický stav takto vedeného pacienta společně klinicky hodnotí a vedení léčby případně upravuje.

Z důvodu nutnosti nastavení jednotných, srozumitelných a transparentních pravidel, podmínek a závazných postupů pro bezpečné a účinné poskytování hra-

zených zdravotních služeb v oblasti telemedicíny byla ustanovena odborná pracovní skupina k telemedicině při MZ ČR. Díky nejbohatším zkušenostem s poskytováním této formy péče byla zastupováním Svazu zdravotních pojišťoven v této skupině pověřena OZP.



**OZP**  
OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ  
POJIŠŤOVNA

**MUDr. Jitka Vojtová, MBA,**  
zdravotní ředitelka OZP

**www.ozp.cz**

# Zájem o příspěvek na terapie projevily tisíce klientů, včetně dětí

Zájem klientů VZP ČR o příspěvek na psychosociální podporu ve výši 5 000 Kč, který pojišťovna nabízí od srpna letošního roku, neustále roste. „Jsme na trojnásobných číslech oproti zimě, kdy jsme tento benefit nabízeli v pilotním projektu. Během půlročního testování si na přelomu roku pro příspěvek přišly téměř tři tisícovky klientů. Dva měsíce po zařazení benefitu do stálé nabídky pojišťovny už jsme na stejných hodnotách,“ komentuje stav náměstek VZP pro služby klientům Ivan Duškov.

Zájem klientů stále roste a pomoc se dostává i k dětským klientům pojišťovny. Mezi žadateli bylo 250 dětí starších sedmi let. „Na dětskou psychiku mohla mít pandemie stejně devastující dopad jako na dospělou populaci, problém by se ale neměl zametat pod koberec třeba jen proto, že v rodině chybí finanční prostředky na terapeuta, domnívá se náměstek. Největší zájem zatím projevili klienti z Moravskoslezského a Středočeského kraje, nejméně klientů se naopak hlásí z krajů Karlovarského a Libereckého.

Od začátku srpna nabízí pojišťovna svým klientům příspěvek na psychosociální podporu ve výši 500 Kč na jedno

sezení, respektive 5 000 Kč na 10 sezení u psychoterapeuta. Příspěvek je určen dospělým a dětským pojištěncům starším 7 let. Zařazením příspěvků pojišťovna navázala na pilotní projekt, který odstartovala na konci roku 2020 v souvislosti s horšící se psychickou kondicí obyvatel v době pandemie. Během tohoto zimního testování vyplatila VZP svým klientům v příspěvcích na psychoterapii v součtu 14 786 160 korun. Po zařazení benefitu do stálé nabídky, tj. od začátku srpna 2021 pojišťovna zaslala klientům na jejich žádost tři tisíce poukazů, s nimiž mohou navštívit vybrané terapeuty a čerpat nabízený příspěvek. Zdroj: VZP

Průběžný počet poukazů k návštěvě psychoterapeuta (k 7. 10. 2021)			
Kraj	Dospělí	Děti	Celkem
Jihomoravský	193	16	209
Vysočina	123	11	134
Královéhradecký	55	6	61
Pardubický	139	16	155
Moravskoslezský	475	43	518
Olomoucký	39	3	42
Zlínský	93	16	109
Jihočeský	164	18	182
Karlovarský	3		3
Plzeňský	78	12	90
Praha	321	21	342
Středočeský	444	41	485
Liberecký	15		15
Ústecký	339	39	378
Celkem	2 481	242	2 723

# Záněty močových cest opakovaně trpí až patnáct procent žen

Zánět močových cest je alespoň jednou za život diagnostikován u čtvrtiny žen. Patnáct procent žen na záněty trpí opakovaně. Ve výčtu výskytu jsou druhým nejčastějším infekčním onemocněním vůbec. Toto velmi nepříjemné a bolestivé onemocnění lékaři obvykle řeší antibiotiky. Problém je v tom, že se záněty ženám často vrací, přecházejí do chronického stadia a problém je i častá rezistence vůči antibiotické léčbě.

Až 15 % žen trpí opakovanými záněty močových cest. Možností, jak nemoc způsobovanou především bakterií *E. coli* léčit, je více. Urologové upozorňují na to, že mnoho pacientek, ale ani lékařů o těchto alternativách neví a ihned volí u opakujících se potíží antibiotika. Ta by však měla být vždy podávána s rozmyslem. Důvodem je kromě velkého zásahu do organismu také to, že na tyto léky vzniká rezistence. „Nárůst rezistence na antibiotika je obecně obrovský problém. Některé druhy antibiotik, které dobře fungovaly před pár lety, se dnes už tolik nepředepisují, protože fungovat přestávají. Právě infekce močových cest jsou

po respiračních infekcích druhým nejčastějším komunitním infekčním onemocněním. Významným způsobem tak ovlivňují předepisování antibiotik,“ upozorňuje MUDr. Marcela Čechová z Urologické kliniky 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole.

Ke zlepšení situace podle ní nepřispívají ani praktičtí lékaři, kteří mnohdy léčí pacientky s opakujícími se záněty pouze pomocí antibiotik bez dalšího vyšetření. „Často se setkávám s tím, že ženy chodily s akutními obtížemi pouze na pohotovost či k praktíkovi, kde dostávaly opakovaně antibiotika, ale o možnostech prevence či o alterna-

tivách neslyšely. Pokud se u ženy záněty opakují, patří jednoznačně do péče urologa. Muži by měli urologa navštívit už při prvním zánětu,“ dodává MUDr. Čechová.

Alternativ léčby je celá řada. Důležitý je hlavně přísun tekutin. Pokud se na to bude pacient soustředit, dokáže zánět rozpít. V pokročilejších fázích lze onemocnění léčit například podáváním D-manosy, výplachy močového měchýře kyselinou hyaluronovou či podáváním vakcín vytvořených z bakterií, které infekce v populaci či u konkrétního pacienta nejčastěji vyvolávají.

(red)

# Průzkum SÚKL: Lékaři stále více používají eRecept

*Na elektronický recept běžně předepisuje léky osmdesát procent lékařů, to je výrazně víc než před třemi lety. Technické potíže se objevují jen výjimečně. Vyplývá to z pravidelného průzkumu Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL). Ten také ukázal, že většina lékárníků alespoň občas využívá lékový záznam pacienta. Díky této funkcionalitě eReceptu lze například zabránit nevhodné kombinaci léků.*

Vystavení elektronického receptu je dnes už běžnou součástí návštěvy lékaře. Jeho obliba stoupá jak u pacientů, tak u lékařů. Zatímco před třemi lety jej používalo na denní bázi jen 56 procent lékařů, aktuální data ukazují, že nyní jej bezproblémově používá 80 procent z nich. Lékaři navíc potvrzují, že technické potíže s eReceptem řeší jen minimálně. „Mám velkou radost, že eRecept prokázal svůj smysl a technické problémy jsou výjimkou. Před třemi lety se stal tento nástroj IT projektem roku a vidím v něm ještě veliký potenciál,“ říká ředitelka Státního ústavu pro kontrolu léčiv Irena Storová.

## Zkušenosti s hlášením podezření na nežádoucí účinky

Průzkum SÚKL se pravidelně zaměřuje také na zkušenosti lékařů s podezřeními na nežádoucí účinky léčiv a s jejich hlášením. Výsledky ukazují, že 52 % lékařů se s nimi v praxi setkává jen velmi vzácně, nejvýše jednou ročně. Devatenáct procent z nich se s nežádoucími účinky dosud neseťkalo. „Bezpečnost léčivých přípravků se sleduje

po celou dobu, kdy je lék na trhu a pacienti jej užívají. Je totiž důležité si uvědomit, že neexistuje léčivý přípravek, který by neměl žádný případný nežádoucí účinek,“ komentuje výsledky Storová.

Většina lékařů (91 %) taktéž uvádí, že hlášení podezření na nežádoucí účinky léků by zaslali na SÚKL. Zároveň ale z průzkumu vyplývá, že tři čtvrtiny z těch, kteří se již někdy setkali s podezřením na závažný nežádoucí účinek léku, to nenahlásily. Oproti tomu 14 % z nich tuto skutečnost oznámilo několikrát, 12 % jednou. „Hlášení podezření na nežádoucí účinky má opravdu smysl, pomáhá k bezpečnému užívání léků. Lékaři a všichni zdravotničtí pracovníci mají zákonem danou povinnost hlásit na SÚKL svá podezření na závažné či neočekávané nežádoucí účinky,“ připomíná Storová.

## Farmaceuti hlídají nebezpečné kombinace léků

Zabránit nevhodným kombinacím léků či duplicitnímu předepisování může lékový záznam pacienta. Spuštěn byl v červnu minulého roku a díky jeho záznamům mohou



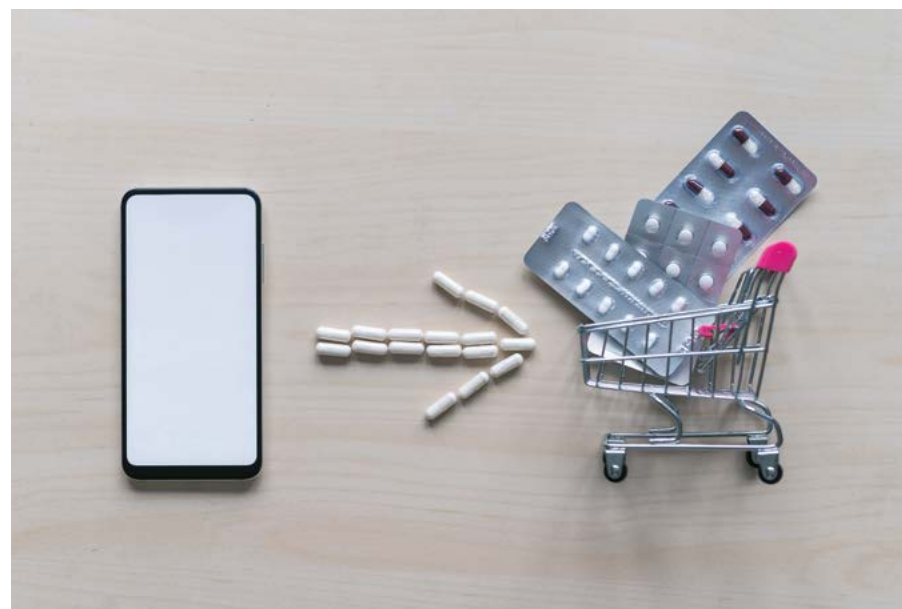
zdravotničtí profesionálové získat rychle přehled o lécích, které byly pacientovy předepsány. A to může zachraňovat životy. Průzkum SÚKL ukázal, že více než lékaři jej však aktivně využívají v denní praxi lékárníci. Ač v omezené míře, alespoň občas do něj nahlíží většina lékárníků. U každého pacienta tak činí dvě procenta lékárníků, u některých pacientů 30 % lékárníků, výjimečně do lékového záznamu nahlíží 39 % lékárníků. „Lékový záznam je poměrně mladou funkcionalitou platformy eRecept. Ukazuje se, že pomáhá ve zlepšování kvality poskytované péče. Jsem opravdu ráda, že kolegové farmaceuti jej při své práci využívají a vnímají jeho výhody,“ uvádí Storová.

Šetření se věnovalo i paralelní preskripci. Většina respondentů průzkumu z řad lékárníků potvrdila, že už se během své práce setkali se situací, kdy jednomu pacientovi byly předepsány léčivé přípravky se stejnou účinnou látkou od více lékařů. Podobně je tomu i v případě paralelního předepsání léků, jejichž užívání se ovšem vylučuje. Pokud k takové situaci dojde, lékárníci se nejvíce (62 %) obrací na předepisujícího lékaře, část léky nevydá (18 %).

O kombinaci léků se zajímají i lékaři. Téměř 80 % jich uvádí, že vždy při předepisování léků zjišťují, jaké další medikamenty jejich pacienti případně užívají. Alespoň občas do lékového záznamu nahlíží 40 % lékařů, ukázalo šetření SÚKL.

Pravidelného průzkumu Státního ústavu pro kontrolu léčiv se zúčastnilo tisíc lékařů a tisíc lékárníků, využita byla metoda telefonického dotazování.

Zdroj: SÚKL



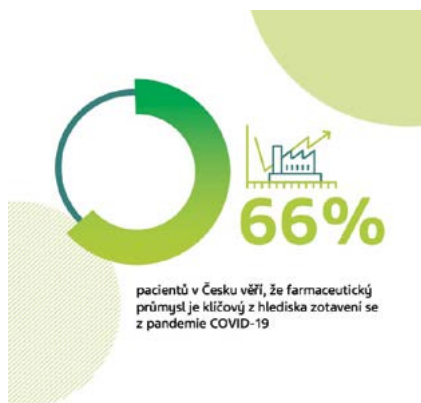
# Češi chtějí léky vyrobené v Evropě

Pandemie změnila náhled Čechů na výrobu léků, pro které si chodí do lékáren. Téměř dvě třetiny pacientů si uvědomily, jak je důležité, aby se léčiva vyráběla v Evropě nebo Česku. Přesně 72 % pacientů si dokonce myslí, že by vláda měla zaměřit výrobu léků do tuzemska nebo do EU. Vyplývá to z průzkumu společnosti Teva Pharmaceuticals, který zpovídal více než tři tisícovky pacientů v šesti zemích EU – Česku, Chorvatsku, Německu, Francii, Nizozemsku a Španělsku. Paradoxem však je, že pouze 38 % pacientů v Česku v současnosti ví, odkud se jejich léky berou.

Podle průzkumu vnímá 68 % lidí pozitivně léky, které jsou vyrobeny v EU. V názoru na důležitost výroby v EU nicméně čeští pacienti výrazně zaostávají za zbytkem zkoumaných zemí, například ve Francii jej preferuje 85 % respondentů. Přitom podle názoru českých pacientů je udržení výroby v Česku nebo EU otázkou zajištění evropské suverenity, myslí si to celých 77 % dotazovaných. Pro 72 % Čechů je lokální výroba klíčovou podmínkou pro udržení plně funkčního systému zdravotní péče.

V tomto ohledu Češi ukazují výrazně silnější národní citění, mezi ostatními zeměmi to podobně cítí pouze 61 % respondentů. „Cílem průzkumu bylo mimo jiné zjistit, zda pacienti zaznamenali v době pandemie více výpadků v dostupnosti zdravotní péče a léků než před ní. V tomto ohledu průzkum ukázal, že farmaceutický průmysl obstál a zajistil stabilní zásobování i v době pandemie. Jako prioritní vnímáme naplnění potřeb zdravotního systému – lékařů i pacientů, kteří spoléhají na pravidelné dodávky léčiv,“ říká Jana Novotná, manažerka vnějších vztahů pro Teva Pharmaceuticals ČR a SR. Pouze 12 % pacientů v Česku uvedlo, že jejich léčbu museli lékaři z důvodu nedostatku léků přerušit.

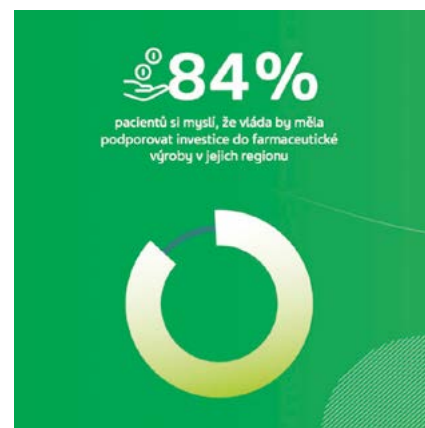
Co se týká výkyvů u domluvených kontrol nebo léčebných procedur, přesun



na jiný termín nebo zrušení zaznamenalo v době pandemie 27 % dotázaných. Například v Německu to však bylo pouze 11 %. Průzkum také ukázal důvěru lidí ve výrobce léků a jejich roli při zotavení z pandemií – celkem 66 % respondentů v Česku věří, že farmaceutický průmysl je v tomto ohledu klíčový.

Čeští pacienti se ve srovnání se zbytkem zemí ukázali jako pragmatici, co se týče vlivu na životní prostředí a sociální odpovědnosti. Celkem 72 % z nich si nejvíce cení schopnosti dodávat účinné a bezpečné léky pacientům.

Průzkum také ukázal, že 84 % pacientů napříč Evropou si myslí, že vláda by měla podporovat investice do farmaceutické výroby v jejich regionu, což za-



jistí, že Evropa bude moci vyrábět dostatek životně důležitých léků.

„Průzkum napříč Evropou potvrdil naše přesvědčení, že v současném světě je zajištění dodávek léků jednou ze základních bezpečnostních potřeb evropského prostoru. Investice do farmaceutického průmyslu by tak měly být jednou z vládních priorit. Příprava strategického plánu pro zajištění výroby a dodávek v době pandemie, podpora tuzemských vědeckých pracovišť pro výzkum a vývoj léků, podpora zaměstnanosti v oblasti farmaceutické výroby v ČR – to vše jednoznačně povede ke zvýšení soběstačnosti v rámci Evropy,“ uzavírá Filip Vrubel, výkonný ředitel České asociace farmaceutických firem.

(red)





# Sestra roku

21. ročník soutěže vyhlášené společností EEZY Events & Education a měsíčníkem Zdravotnictví a medicína

## Přihlaste svého kandidáta!

Dopřejte získat toto prestižní ocenění těm, kteří si jej opravdu zaslouží!

Titul Sestra roku je udělován  
ve dvou kategoriích:

**Sestra v přímé ošetrovatelské péči**  
**Sestra v managementu a vzdělávání**

Redakce časopisu Zdravotnictví  
a medicína uděluje mimořádnou cenu:

**Čestné ocenění za celoživotní dílo**  
**v ošetrovatelství**

**Slavnostní vyhlášení vítězů proběhne v pondělí 31. 1. 2022 v Kině Lucerna v Praze.**

Soutěž je určena sestrám, porodním asistentkám, sestrám domácí a sociální péče a dalším nelékařským zdravotnickým pracovníkům, kterým se jejich profese stala spíše posláním než pouhým zaměstnáním. Kandidáty navrhuje jejich kolegové, nadřízení, lékaři, zástupci odborných společností i pacienti. Přípustná je i možnost přihlášení vlastní osoby do soutěže. Všechny přihlášky však musí splňovat podmínky a další náležitosti stanovené v pravidlech soutěže: [www.soutez-sestraroku.cz](http://www.soutez-sestraroku.cz)

#### Průběh soutěže:

Navrhovatel zašle kompletně vyplněnou přihlášku spolu s písemným odůvodněním návrhu nominace jedním z následujících způsobů: e-mailem na adresu [registrace@soutez-sestraroku.cz](mailto:registrace@soutez-sestraroku.cz) / vložení na [www.soutez-sestraroku.cz](http://www.soutez-sestraroku.cz) / v obálce označené heslem „Sestra roku 21“ na adresu redakce časopisu Zdravotnictví a medicína, Na Pankráci 1618/30, 148 00 Praha 4. Akceptovány budou pouze přihlášky doručené **nejpozději do 10. 12. 2021**. Formulář přihlášky do soutěže „Sestra roku 2021“ najdete v titulu Zdravotnictví a medicína a na internetových stránkách [www.soutez-sestraroku.cz](http://www.soutez-sestraroku.cz). Též si o něj můžete zažádat prostřednictvím e-mailu [registrace@soutez-sestraroku.cz](mailto:registrace@soutez-sestraroku.cz).

Soutěž probíhá ve dvou kolech. V prvním kole, zahájeném dnem uzávěrky soutěže, vybere první nezávislá odborná porota tři finalisty pro každou kategorii. Druhé kolo proběhne na slavnostním galavečeru 31. ledna 2022 v Praze. Navrhovatelé mají možnost zúčastnit se tohoto večera spolu s finalisty. V tomto závěrečném kole vybere vítěze druhá nezávislá odborná porota, složená z významných osobností našeho lékařství, ošetrovatelství, zástupců sponzorů, politické sféry a výherců uplynulých ročníků soutěže Sestra roku.

#### Podmínky účasti v soutěži:

Soutěžící musí splňovat kritéria soutěže, kterými jsou například nadstandardnost přístupu při zvládání náročných situací, vykonání výjimečného činu v každodenní ošetrovatelské praxi nebo intenzivní činnost směřující ke zkvalitňování vzdělávacího systému a podobně. Postup do druhého kola, tzn. finále soutěže, je možný pouze za osobní přítomnosti finalistů na vyhlášovacím galavečeru. Po oficiálním vyhlášení výsledků soutěže budou vítězům předána ocenění. Úplné znění pravidel soutěže je k dispozici na: [www.soutez-sestraroku.cz](http://www.soutez-sestraroku.cz). V případě dotazů pište na adresu: [registrace@soutez-sestraroku.cz](mailto:registrace@soutez-sestraroku.cz). Využijte také diskusní fórum: [www.facebook.com/FBSestra](https://www.facebook.com/FBSestra)

[www.soutez-sestraroku.cz](http://www.soutez-sestraroku.cz)

Pořadatel



Generální partner



Mediální partner



# Sestra roku

# Sestra

## Přihláška do soutěže

### Přihlašuji kandidáta do soutěže Sestra roku 2021 v kategorii:

- Sestra v přímé ošetrovatelské péči  
 Sestra v managementu a vzdělávání

(vybranou kategorií označte křížkem)

#### Navrhovatel

Jméno a příjmení navrhovatele ..... PSČ   
Kontaktní adresa .....  
E-mail ..... Telefon .....

#### Soutěžící

Jméno a příjmení soutěžící(ho) ..... PSČ   
Kontaktní adresa .....  
E-mail ..... Telefon .....  
Obor, ve kterém soutěžící působí .....  
Funkce .....  
Pracoviště (název zařízení včetně oddělení) .....  
.....  
Nejvyšší dosažené vzdělání, kvalifikace .....  
Registrovaná sestra: ano  ne  Počet let ve zdravotnictví .....  
Publikační činnost .....  
Přednášková činnost .....

Podpis soutěžícího: ..... Podpis navrhovatele: ..... Datum: .....

#### Základní informace o soutěži

Popis aktivit kandidáta odpovídajících kritériím soutěže musí být k přihlášce přiložen ve formě stručného písemného odůvodnění nominace. Navrhovatel má povinnost informovat soutěžícího o jeho nominaci, přičemž soutěžící musí s nominací, údaji uvedenými na přihlášce i pravidly soutěže souhlasit.

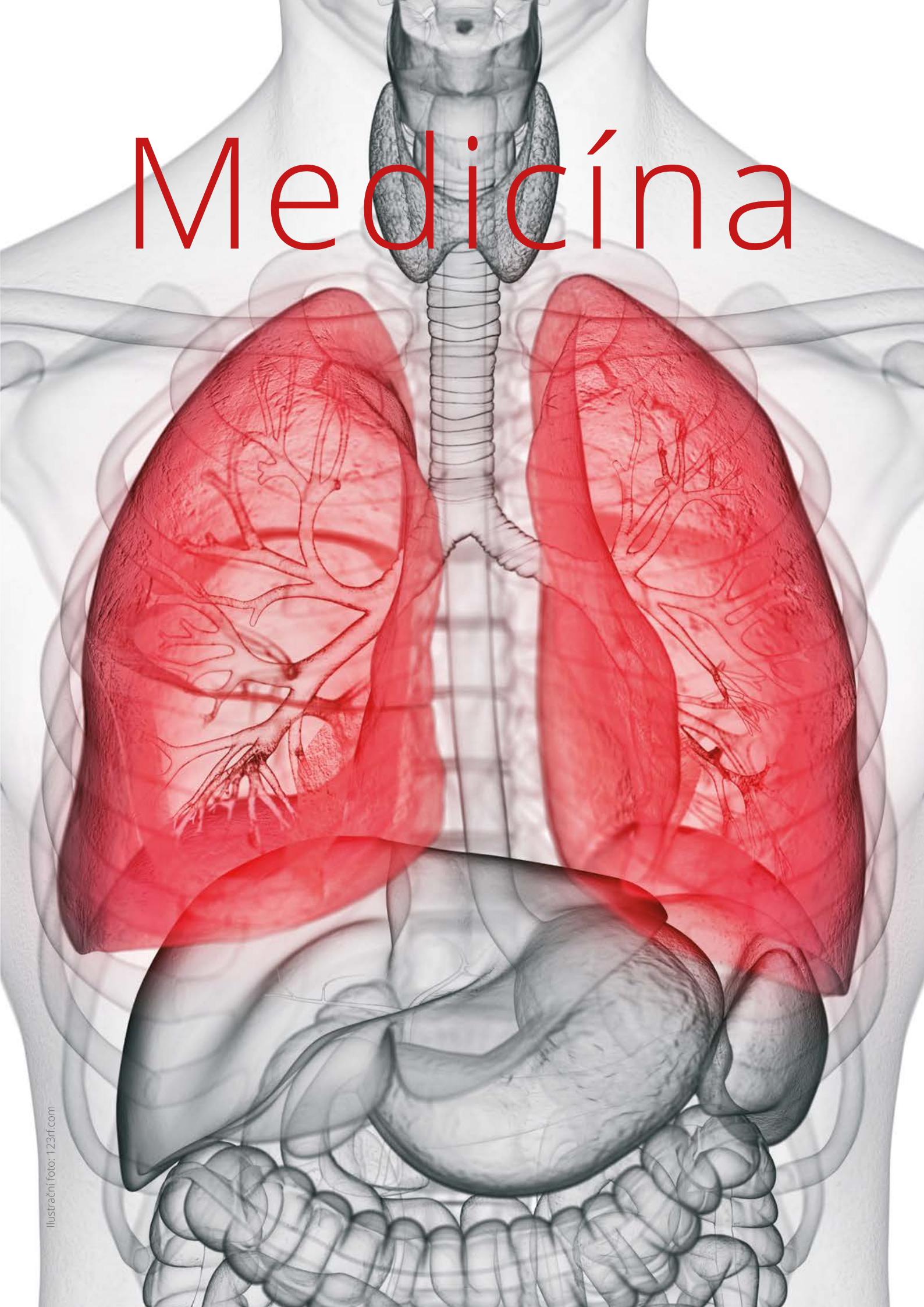
Soutěžící i navrhovatel berou na vědomí, že s nimi mohou být pořizovány fotografické snímky, videozáznamy a rozhovory v rámci dokumentace akce, které mohou být přiměřeně využity organizátorem soutěže pro účely prezentace této akce a reklamu spojenou s ní a dalšími ročníky této akce, a s po-

řizováním takových záznamů souhlasí. Úplné znění pravidel soutěže je k dispozici na [www.soutezsestraroku.cz](http://www.soutezsestraroku.cz). Odesláním přihlášky do soutěže uděluje navrhovatel i soutěžící souhlas se zařazením všech jím vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti EEZY Events & Education, s.r.o., se sídlem Na Pankráci 1618/30, 148 00 Praha 4, jakožto správcem a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., o některých službách informační společnosti, a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Navrhovatel rovněž uděluje sou-

hlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména že poskytnutí údajů je dobrovolné, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů.

Kde jste se o soutěži dozvěděli? .....

# Medicína



# Ohlédnutí za odbornou konferencí Zdravotnictví 2022 (2. den)

*Ve dnech 16. a 17. září 2021 se konal již sedmý ročník odborné konference Zdravotnictví 2022. Akci připravila Unie zaměstnavatelských svazů ČR, letos ve spolupráci se společností EEZY Events & Education. Hlavním tématem byly aktuální otázky ve zdravotnictví.*

## Nemocnice – úhrady v roce 2022

Konference pokračovala blokem přednášek na téma: Nemocnice – úhrady v roce 2022, kompenzační vyhlášky a úhrady, personální situace nemocnic, digitalizace či telemedicína. Své názory prezentovali: prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, FACC, MBA, přednosta I. interní kardiologické kliniky Univerzity Palackého a Fakultní nemocnice Olomouc, doc. MUDr. Ján Dudra, Ph.D., MPH, zástupce ředitele ON Mladá Boleslav, Ing. Tomáš Groh, managing director HARTMANN-RICO ČR a SR, Ing. Jiří Mrázek, MBA, ředitel odboru úhrad zdravotních služeb VZP ČR, MUDr. Miroslav Palát, MBA, prezident Asociace CzechMed, Ing. Michal Pišoja, MPH, předseda

představenstva AGEL, a. s., Ing. Helena Rögnerová, náměstkyně MZ ČR, MUDr. Zdeňka Salcman Kučerová, MBA, ředitelka zdravotnického úseku ZP MV ČR, MUDr. Jiří Šedo, Ph.D., náměstek pro strategii, komunikaci a vzdělávání MOÚ Brno a Ing. Václav Vachta, MBA, předseda představenstva a generální ředitel EUC, a. s.

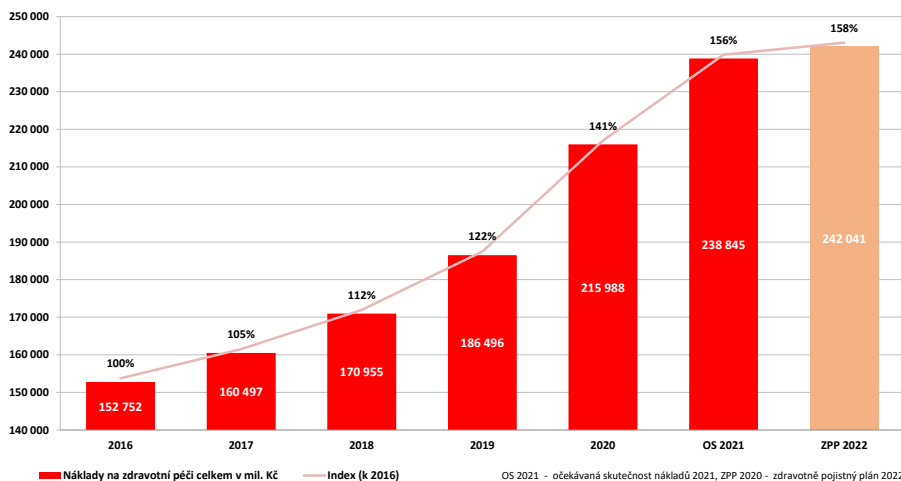
## Nemocnice – úhrady a kompenzační vyhlášky

Ing. Jiří Mrázek MBA, ředitel odboru úhrad zdravotních služeb VZP ČR hovořil o úhradách zdravotní péče v nemocnicích. V úvodu zdůraznil, že stabilita systému veřejného zdravotního pojištění byla zásadně ovlivněna pandemií onemocnění covid-19. V roce 2020 vydala

VZP ČR o 8,6 miliard Kč více než byl původní zdravotně pojistný plán výdajů základního fondu. V roce 2021 očekává dle současné pandemické situace vyšší náklady oproti původnímu zdravotně pojistnému plánu o 6,3 miliard Kč. Většina zvýšených nákladů směřovala do segmentu nemocnic. Díky rezervám zdravotních pojišťoven a pomoci státu formou navýšení platby za státní pojištěnce je finanční situace stabilní. Za nejvýznamnější navýšení nákladů v souvislosti s pandemií ředitel VZP považuje: kompenzaci výpadku zdravotních služeb především v nemocnicích, bonifikaci za nemocniční intenzivní lůžka pacientů s covidem, náklady na testování na covid-19 a na očkování proti covidu a dále náklady na odměny zdravotnických pracovníků v ambulantních segmentech.



Odborný blok Nemocnice – úhrady v roce 2022, kompenzační vyhlášky a úhrady, personalistika, telemedicína moderoval zprava: prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, FACC, MBA, a diskutovali: doc. MUDr. Ján Dudra, Ph.D., MPH, Ing. Tomáš Groh, Ing. Michal Pišoja, MPH.



Ukazatel	Skutečnost					OS 2021	ZPP 2022
	2016	2017	2018	2019	2020		
Náklady	152 752	160 497	170 955	186 496	215 988	238 845	242 041
Meziroční nárůst nákladů		7 745	10 458	15 541	29 491	22 857	3 197
Kumulativní nárůsty k roku 2016		7 745	18 203	33 744	63 235	86 092	89 289
Roční tempa růstu v %		105	107	109	116	111	101
Kumulativní tempa růstu v %		105	112	122	141	156	158

v mil. Kč

Graf a tabulka Náklady na zdravotní péči VZP celkem (zdroj: VZP)

Zdeněk Kabátek dále konstatoval, že podle dostupných informací lze očekávat další kompenzační vyhlášku pro rok 2021, která upřesní jednotkové ceny a některé mechanismy dle vývoje produkce segmentů. Vyjmenoval dále základní principy dohody pro rok 2022. Referenčním obdobím je rok 2019. Bude zachován kombinovaný způsob úhrady, shodně jako v roce 2021, sblížení základních sazeb. Bude zachován klasifikační systém CZ-DRG s rozšířením skupin hrazených mimo paušální úhradu. Bude zachován způsob ambulantní složky úhrady shodně jako v roce 2021 s bonifikací za nepřetržitý provoz, bonifikace organizace péče o těhotnou pojištěnku, úhrada za péči na urgentním příjmu a v centrech krizové intervence. Bude zachován shodný regulační mechanismus na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky jako v roce 2021. Dohoda vychází z metodiky klasifikačního systému CZ-DRG, metodika 3, včetně číselníku relativních vah systému CZ-DRG.

## Lékárství a léková politika

Sekci Lékařství a lékové politiky moderovala Mgr. Irena Storová, MHA, ředitelka Státního ústavu pro kontrolu léčiv. Diskuse byla věnována ohlednutí za uplynulým volebním obdobím a výzvám, které s sebou přinese to následující. Účastníky byli: výkonný ředitel AIFP Mgr. Jakub Dvořáček, MHA, LL.M., generální ředitel

Dr. Max Pharmacy Chain Ing. Daniel Horák, náměstek ředitele VZP Ing. David Šmehlík, MHA, a ředitel České asociace farmaceutických firem Mgr. Filip Vrubel.

V úvodu zmínila Mgr. Storová významné milníky volebního období 2017–2021: „V roce 2017 nabyl účinnosti zákon o registru smluv, což vzbudilo obrovské ohlasy a mělo poměrně velké dopady. Hlavní diskuse proběhly v sektoru nemocnic, a to hlavně státních nemocnic, kde bylo nutné začít zveřejňovat ceny

léčivých přípravků. Na konci roku pak vyšel nález Ústavního soudu k úhradám zdravotnických prostředků. V roce 2018 vznikla povinnost zavedení eReceptu a zahájily se přípravy novelizace zákona o veřejném zdravotním pojištění. V reakci na zákon o registru smluv vyšel příkaz ministra k adresným a neadresným bonusům. Rok 2019 začal novým cenovým předpisem, kde byla celá řada změn a novinek. Dále nabyla účinnosti protipadělková směrnice a nařízení (FMD, falsified medicine directive), což bylo spojeno s velkými obavami. Nyní už můžeme hrdě říct, že Česká republika patří mezi 3 nejlepší země v parametrech, které ukazují, jak úspěšně se povedlo FMD zavést.“ Mgr. Storová dále uvedla, že mezi novinky v roce 2020 patřilo zavedení lékového záznamu jako nadstavby systému eRecept a schválení nového zákona o zdravotnických prostředcích. „V roce 2021 proběhla velmi bouřlivá diskuse ohledně pozměňovacího návrhu k Rx online, tzn. o doručování léčivých přípravků předepsaných na recept přímo k pacientovi. Pokud máme jít s dobou, jde o záležitost, kterou budeme muset dříve či později zrealizovat,“ podotkla Mgr. Storová. Dále uvedla, že vešlo v účinnost nařízení ke zdravotnickým prostředkům, nová pravidla regulace reklamy o zdravotnických prostředcích a velkým tématem je také novela zákona 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Mimo legislativní novinky se Mgr. Storová věnovala vlivu pandemie covid-19 na lékárenství a lé-



V odborném bloku Lékařství a léková politika diskutovali zleva: Mgr. Jakub Dvořáček, MHA, LL.M., Mgr. Filip Vrubel, Ing. David Šmehlík, MHA, a Ing. Daniel Horák.



Mgr. Irena Storová, MHA, byla moderátorkou odborného bloku Lékařství a léková politika

kovou politiku. Uvedla, že pandemie odhalila řadu globálních i lokálních problémů. Začátek pandemie provázely obavy o dostupnost základních léčiv, např. paracetamol a dále také o léčiva potřebná pro intenzivní péči. To souviselo s problematikou transkontinentální přepravy a komplexních dodavatelských řetězců. V důsledku pandemie zaměřila Evropská komise na zdravotnictví svou pozornost. Výsledkem bylo vydání Zdravotnického balíčku Komise a Farmaceutické strategie pro Evropu.

Následně uvedla Mgr. Storová výzvy, které z uplynulého dění vyplývají. Jmenovala např. udržení kontinuálního vstupu inovací, téma dostupnosti léčiv a tlaku na jejich cenu, elektronizaci a digitalizaci a přípravu na krizi.

V úvodu diskuse vyzvala Mgr. Storová účastníky, aby jmenovali, co považují za největší „průšvih“ a největší úspěch uplynulého volebního období. Ing. Horák považuje za největší úspěch právě eRecept, o jehož prospěšnosti jsme se mohli přesvědčit právě v průběhu pandemie covid-19. Ing. Šmehlík označil uplynulé období za období změny, tedy změny přístupu k dostupnosti, k financování a k obsahu řešených témat. Jako pozitivum vyzdvihl navázání lepší spolupráce SÚKLu, zdravotních pojišťoven, partnerů z farmaceutického průmyslu a lékárníků. „To, co je na uplynulém volebním období to nejpozitivnější, byla komplexnost řešených témat, která nás v lékové politice trápila. Plošně se řešilo všechno, od vstupu inovací a zahájení práce na novele

zákona 48/1997, o veřejném zdravotním pojištění, přes řešení problematiky dostupnosti léčiv, až po otázku elektronizace. Všechna témata byla řešena skrz diskusní platformy se všemi stakeholdery,“ uvedl Mgr. Vrubel. Jako negativum bylo nejčastěji zmíněno ohrožení dostupnosti léčiv v souvislosti s pandemií a také chaos v logistice léčiv a vakcín v průběhu pandemické krize. „Každá krize je příležitost,“ prohlásil Ing. Šmehlík a poukázal na skutečnost, že i přes významná omezení v dostupnosti léčiv se podařilo situaci zvládnout a nalézt řešení. Dalším tématem diskuse byla novela zákona č.

48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a její další případné změny, které se již v současnosti jeví jako potřebné.

## Dostupnost léčivých přípravků

Po odborné diskusi sekce Lékařství a lékové politiky následovala prezentace obchodního ředitele společnosti Sprinx Consulting PharmDr. Jiřího Stránského, která byla zaměřena na reálnou dostupnost léčiv, její objektivní měření a vyhodnocování. PharmDr. Stránský v úvodu definoval dostupnost/nedostupnost léčiv jako stav, kdy dodávky jsou nedostatečné k tomu, aby pokryly poptávku na národní úrovni. Mezi účastněné strany ovlivňující dostupnost patří výrobci, distributoři, lékárníci i pacienti. Pojetí dostupnosti prošlo v několika uplynulých desetiletích významnou proměnou. Před rokem 1989 byla situace v lékárnách charakteristická významně omezenou dostupností léčiv. „Nedostatek léčiv byl způsoben omezeným portfoliem léčiv dostupných na vnitřním trhu RVHP, náročnou a nepružnou distribucí, opakovanými výpadky výroby a omezenými dovozními plány,“ popsal situaci PharmDr. Stránský. Následoval živelný růst farmaceutického trhu a dostupnost se dramaticky zlepšila. „V současnosti se objevují dlouhodobé výpadky, výpadky více léčiv se stejnou účinnou látkou, výpadky z důvodu porušení GMP či z důvodu dlouhých geografických tras,“ uvedl PharmDr. Stránský a dále popsal možnosti, jak lze dostup-



Hosté odborného bloku Dlouhodobá péče

nost monitorovat a vyhodnocovat, a to pomocí různých ukazatelů, např. monitoringem vstupu na trh, monitoringem skladových zásob či monitoringem výpasků. Jako vstupní data lze využít vlastní data firem, data distributorů, data publikovaná státní správou či výsledky sběru dat třetí stranou.

## Dlouhodobá péče má velké rezervy

V rámci konference byla věnována značná pozornost problematice dlouhodobé péče. Přítomní odborníci se shodli na naléhavé potřebě reformy dlouhodobé péče, na nutnosti odstranění současného stavu, kdy je sociální péče odtržena od zdravotní, dále na nedostatku primární péče v pobytových službách i na nedostatku zdravotních a sociálních služeb v domácím prostředí.

O naléhavé potřebě systémového řešení zdravotní a sociální služby hovořil MUDr. Milan Cabrnach, MBA, ředitel Centra zdravotně-sociálních studií CEVRO Institutu.

Úvodem konstatoval, že v současné době jsou zdravotní a sociální služby dva uměle resortně rozdělené systémy, které se stále více překrývají. Jsou řízeny rozdílnou legislativou, nemají stejné podmínky poskytování, mají jiné požadavky na vzdělávání personálu, standardy kvality a rozdílné financování. Hlavními důvody pro překrývání podle přednášejícího jsou: přesun těžiště zdravotní péče z akutní do chronické, delší věk dožití, lepší diagnostika, lepší možnosti léčení, delší přežití se závažnými nemocemi, lepší úroveň sociálních služeb, větší možnosti zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb. Dalším důvodem je, že dlouhodobá péče o pacienty žijící ve svých domovech i hospitalizované v nemocnicích vyžaduje kromě rozsáhlé zdravotní péče stále více péče sociální a dlouhodobá pobytová péče o klienty sociálních služeb vyžaduje kromě narůstající sociální péče stále více péče zdravotní. Nejzřetelnějším příkladem překrývání zdravotní a sociální péče je dlouhodobá péče ústavní i ambulantní. Zdravotní a sociální služby se propojují navzdory neustálému odkládání systémového řešení, rozdělení resortů komplikuje a brání propojování služeb, pravidla řízení jsou komplikovaná, nerosozumitelná a často se mění.

Milan Cabrnach dále hovořil o hlavních rozdílech v charakteristice zdravotních a sociálních služeb. Zdravotní služby



Moderátorem bloku Dlouhodobá péče byl Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA, prezident Unie zaměstnavatelských svazů ČR a Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR

mají komplikovanou strukturu poskytování, vysoké požadavky na kvalifikaci pracovníků, je zde vysoká míra privatizace, existuje zdravotní pojištění, je svobodná volba lékaře a minimální podíl přímých plateb klienta. U sociálních služeb je struktura poskytovatelů daná zákonem, požadavky na kvalifikaci pracovníků jsou nižší, malá míra privatizace, rozpočtové financování nepřináší jistotu dotací, přímé platby klienta jsou v regulované výši.

## Pomezí zdravotních a sociálních služeb

„Pomezí mezi oběma službami není prostorem pro spolupráci, ale pro hraniční rozbroje, pŕutky, přetahování o finance, přesouvání klientů, zodpovědnosti a bohužel ani jedna ze stran není ke spolupráci motivována,“ uvedl ředitel Cabrnach. V rámci charakteristiky existujících druhů zdravotní a sociální péče vysvětlil, že při jejich poskytování v domácím prostředí je prioritní zdravotní péče a při poskytování těchto služeb v prostředí pobytových zařízení je prioritní sociální služba. Pacienti praktických lékařů a pacienti nemocnic tak potřebují stále více sociálních služeb a uživatelé sociálních služeb potřebují stále více zdravotní péče. Tato situace potřebuje zásadní změnu, zdůraznil. A závěrem dodal: „O narůstajícím problému můžeme nehovořit, řešení můžeme odkládat, ale problém nezmizí ani se sám nevyřeší. Občané právem očekávají od státu a společnosti kvalitní služby při nemoci a ve stáří v souladu

s možnostmi této péče, očekávají lepší péči nejen pro sebe, ale zejména pro své blízké. Pracovníci ve zdravotních i sociálních službách nechtějí poskytovat průměrné nebo podprůměrné služby, chtějí dělat svou práci v odpovídajícím prostředí, kvalitě a důstojnosti,“ uzavřel Milan Cabrnach.

## Roztříštěnost systému zdravotní a sociální péče

Dlouhodobou péčí z pohledu klienta a pacienta se zabýval internista, geriatr a předseda Správní rady Života 90 MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc. Na úvod připomněl, že rok 2021 je rokem 50. výročí (ne)řešení zdravotně-sociálního pomezí v ČR, kdy byl přijat celospolečenský program péče o staré a dlouhodobě nemocné s prioritou propojení zdravotní a sociální péče. „Padaly vlády, ale problém dnes zvaný long-term care (LTC) setrval a bobtnal. Zpráva OECD o zdravotnickém systému v ČR v roce 2018 konstatovala, že roztříštěnost systémů zdravotní a sociální péče i špatná návaznost trvají. Neduhy systému přetrvávají. Stále je v něm příliš mnoho nepochopení, utrpení, prodlení, neúčelnosti, neprovázanosti, nekoordinovanosti, zaostávání za představami, chybění inovací i kapacit. Řešením je realizovat reformu dlouhodobé péče jako politickou prioritu,“ řekl Zdeněk Kalvach. Podle jeho slov reforma musí respektovat demografickou změnu, tedy koncept aktivního stárnutí. Je třeba podporovat lidi s omezenou soběstačností k autonomii



V předsálí se po jednotlivých prezentacích hojně diskutovalo. Na fotce vpravo je MUDr. Martin Engel.

a těžiště přenést do komunitních služeb. Uvědomit si, že neexistuje typický klient LTC, služby tedy musí být individuální.

Dále se přednášející věnoval nejzávažnějším problémům dlouhodobé péče. Chybí obecná informovanost, jak řekl, lidé nemají přehled o možnostech podpory člověka se závažnou zdravotně-sociální problematikou. Systému chybí case manager, který by měl souhrnné informace o klientovi. Kvůli nedostatku souhrnného přehledu o dlouhodobé péči k podpoře lidí se zdravotně-sociální problematikou je velká prodleva v získávání informací. Informace se doplňují pozdě a náhodně, klesá účinnost i účelnost. Zdravotně-sociální problematikou lidí s omezenou či ztracenou soběstačností se dnes zabývají resorty zdravotnictví a sociální práce, ale i různé profese – lékaři, zdravotní sestry, pečovatelky či sociální pracovníci – také různé odbornosti – praktický lékař, geriatr, psychiatr a další. Nikdo ale nevede souhrnnou dokumentaci a nestanovuje ucelený postup péče. Existuje vzájemná nesrozumitelnost odborníků, protože zúčastnění používají různá pojmosloví, metodiky a různé standardy kvality i dokumentace. Nikdo také neví, komu si v případě problematické péče stěžovat. Přítom jasný signál systémové kontroly a rychlého zjednání nápravy je základním předpokladem udržení a zlepšování kvality. Chybí účinný systém integrovaných podpůrných služeb, je nízká zdravotně absorpční kapacita pobytových zařízení, čímž se vytváří

tlak na nemocnice. Narůstá byrokratická zátěž, chybějí finance na personál a ubývá zdravého rozumu, empirie, osobní zodpovědnosti, svědomí a empatie.

Závěrem doktor Kalvach konstatoval, že dlouhodobá péče má nespravedlivě nízkou společenskou prestiž a nepropojení zdravotního a sociálního systému vytváří slepé uličky vzdělání bez kompetencí i dalšího růstu, což je demotivující. A dodal, že laický pečující (rodinný příslušník) je také součástí týmu, a proto bychom si ho měli vážít a brát jej vážně.

O pojištění dlouhodobé péče jako nástroje posílení zdrojů pro systém sociálních služeb hovořila Mgr. Helena Zavřalová, MBA, vedoucí týmu práva a produktů České asociace pojišťoven.

Online se s prezentací přidal MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D., internista, geriatr, vedoucí domácího hospice sv. Zdislavy v Třebíči a lektor Paliativního institutu Brno, který se věnoval tématu: Dostupnost paliativní péče v dlouhodobé péči.

Ladislav Kabelka připomněl, jak paliativní péči v roce 2002 definovala WHO. Je to péče podporující kvalitu života nevléčitelně nemocných a jejich blízkých tváří v tvář život ohrožující chorobě. V geriatrické paliativní péči je nutná časná indikace a plynulé zachycení přechodu do počínající geriatrické deteriorace, včas podchytit polymorbiditu a frailty, posoudit léčbu a péči. Je nutná celostní péče a komunikace o všech aspektech nemoci. V jednání je třeba otevřenosti, předvídání a plánování s cílem přijetí nemoci a závěru života. Léčba symptomů předpokládá znalost průběhu onemocnění, předvídání a plánování péče. Konstatoval, že za posledních dvacet pět let došlo k obrovské společenské a etické proměně v chápání paliativní péče.

Přítomné seznámil s důvody vzniku výzkumu, který běží v Kraji Vysočina, a s jeho prvními daty. Srovnal počty úmrtí a jejich důvod. 19 % všech úmrtí nastává neočekávaně. Jedná se o fatální úrazy či otravy nebo o náhlá selhání srdce. 58 % všech úmrtí je výsledkem eskalace déle trvajících problémů, jde o úmrtí



Diskuse probíhaly dlouho po skončení jednotlivých prezentací.





Již nyní se plánuje osmý ročník odborné konference s názvem Zdravotnictví 2023, který se uskuteční 15.–16. 9. 2022

z chronických příčin, často po déle trvající hospitalizaci. Téměř u všech umírajících z chronické příčiny lze očekávat potřebu některé z forem paliativní péče. Ročně tak lze předpokládat 2900 až 3200 úmrtí, u nichž by pacient mohl profitovat z poskytování paliativní péče. Typologie úmrtí je provedena na základě kombinace příčiny úmrtí, hospitalizační historie a způsobu přijetí k hospitalizaci. U téměř čtvrtiny úmrtí není možné jasně definovat očekávatelnost. Počet umírajících s potřebou paliativní péče tak může být ještě vyšší. Zahraniční odhady z vyspělých zemí hovoří o 60–80 % umírajících. Více než tři čtvrtiny opakovaných hospitalizací (do 30 dnů) pacientů Kraje Vysočina starších 80 let mají stejnou příčinu. Závěrem konstatoval, že nejvíce lidí umírá ve zdravotnickém zařízení, ale že tyto počty celorepublikově i v Kraji Vysočina klesají. Naopak narůstají počty zemřelých doma či v zařízeních sociálních služeb.

Online se připojil také prof. MUDr. Martin Potůček, CSc., MSc., z Fakulty sociálních věd Univerity Karlovy s tématem: Potřeba reformy dlouhodobé péče v ČR.

„Evropský pilíř sociálních práv stanoví, že každý má právo na cenově dostupné a kvalitní služby dlouhodobé péče. Česká republika se sice k naplňování těchto práv

zavázala, nicméně nepoměr mezi potřebami dlouhodobé péče a nedostatečnými kapacitami a kvalitou jejich uspokojování přetrvává a vývojové trendy jsou neúprosné. Bez systémového řešení tohoto nepoměru bude, a to především v důsledku stárnutí české populace, rozsah neuspokojených potřeb dále dramaticky narůstat. Dosavadní pokusy o reformu stávající podoby dlouhodobé péče byly neúspěšné. Problematika spojená se zajištěním dlouhodobé péče je politikou a veřejnou správou chronicky podceňovaná a není v rámci stávajících přístupů a uvolňovaných kapacit řešitelná,“ uvedl prof. Potůček úvodem.

Institucionální zajištění dlouhodobé péče vyžaduje reformu sociálně-zdravotního pomezí, politickou vůli k reformě, institucionální zajištění reformy na centrální úrovni státní správy a pojištění dlouhodobé péče. Tato reforma se neobejde bez reformy daňového a důchodového systému, systému státní sociální podpory a sociálních služeb. Podle jeho slov reforma sociálně-zdravotního pomezí naráží na chronický problém nespolečné dvou resortů zdravotnictví a sociální práce. Politická vůle k reformě naráží na čtyřletý volební cyklus, v jehož důsledku v rozhodování převažují krátkodobé cíle

nad strategickými. Překážkou institucionálního zajištění reformy na centrální úrovni státní správy je kombinace resortismu s krátkozrakostí v rozhodování. Překážkou pojištění dlouhodobé péče je neujasněnost koncepční a institucionální odpovědnosti za jeho přípravu a realizaci.

### Superstrategická výzva – reforma systémů

„Po více než třiceti letech od významných sociálních a ekonomických reforem, které inicioval návrat naší země do společenství zemí s demokratickým politickým systémem a tržní ekonomikou, a s perspektivou radikálně se měnících globálních, evropských i domácích kontextů života současné i budoucích generací vyvstává naléhavá potřeba zásadní revize stávající podoby daňového a důchodového systému, systému státní sociální podpory a systému sociálních služeb. Je to úkol, který svým rozsahem a dosahem přesahuje zadání pro jednu politickou garnituru a jedno volební období. Zajištění funkční, dostupné a efektivní dlouhodobé péče o potřebné vnímám jako jeden z kamínek celé mozaiky změn, které budou – lépe

# Větrník ve znamení cystické fibrózy

*Cystická fibróza je geneticky podmíněné onemocnění, které postihuje zejména dýchací a trávicí systém a další orgány. Jedná se o závažné onemocnění, které zkracuje délku života nemocných. Díky současným možnostem terapie je však prognóza pacientů a kvalita života mnohem lepší než v předchozích dekádách. O novinkách v oblasti péče o pacienty s cystickou fibrózou jsme si povídali s **Mgr. Simonou Zábranskou**, ředitelkou a předsedkyní výboru Klubu nemocných cystickou fibrózou.*

**Novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, přináší velký převrat v systému úhrad léků na vzácná onemocnění, mezi něž je řazena i cystická fibróza (CF). Jaké konkrétní důsledky to bude pro pacienty s CF mít? Jakým způsobem bude nyní nově rozhodováno o úhradě léčiva pro konkrétního pacienta v porovnání s dosažitelným stavem?**

Doposud byly veškeré orphany (orphan drugs, léky pro vzácná onemocnění, pozn. red.) hrazeny přes tzv. §16, tedy ve výjimečných případech, kdy se muselo dokazovat, že lék je jedinou možnou terapií pro daného pacienta, a každý případ byl posuzován revizním lékařem. Tento postup je velmi nesystémový a pro pacienty se vzácnými onemocněními je nevyhovující. Schválená úprava v novele zákona 48/1997 Sb. znamená to, že při úhradě léků na vzácná onemocnění už by se do takové míry neměla brát v úvahu nákladová efektivita a dopady do rozpočtu, ale bude se daleko více zohledňovat, jak léčba ovlivňuje kvalitu života pacienta. Podle nového postupu bude lék nejprve posuzován SÚKLeM (Státní ústav pro kontrolu léčiv, pozn. red.). Do tohoto prvotního posouzení budou vstupovat jak odborníci, tak i patientské organizace, které

budou do procesu posuzování vnášet reálné zkušenosti pacientů. SÚKL své zhodnocení dále poskytne Ministerstvu zdravotnictví, kde bude lék dále posouzen komisí složenou z více stakeholderů z řad pojišťoven, ministerstva, odborníků i pacientů, a tato komise bude rozhodovat o tom, zda bude léčba pacientovi uhrazena. Pro pacienty se vzácným onemocněním je toto obrovský posun.

**Jaké další dopady na poskytování péče pacientům s CF má nová legislativa?**

Pro pacienty máme ještě jednu novinku, a to je změna v zákoně 372/2011 Sb., o zdravotních službách, který nově ustanovuje fungování specializovaných center pro vzácná onemocnění. Odborná pracoviště, která získají certifikaci Evropských referenčních center (ERN, European Reference Networks), se budou stávat specializovanými centry i pro náš zdravotnický systém. To je velká změna, protože doposud centra pro vzácná onemocnění neměla de iure statut specializovaných center.

**Léčba CF je komplexní a zahrnuje inhalační podání řady léčiv, např. mukolytik, bronchodilatancií, případně antibiotik či kortikoidů. K dispozici je také kauzální terapie**



**ve formě CFTR modulátorů. Jak tato léčiva účinkují a jaké typy rozlišujeme?**

Dlouhodobá inhalační léčba je léčba symptomatická a je zaměřená na zředění hustých hlenů, které osidlují dýchací cesty pacienta. Oproti tomu nová modulátorová léčba je kauzální. Míří na příčinu onemocnění, tedy nefunkční chloridový kanál. Cystická fibróza je genetické onemocnění charakteristické mutací genu CFTR. V závislosti na daném druhu mutace mají někteří pacienti například přítomný chloridový kanál, který je však neprůchozí, nebo k tvorbě chloridového kanálu vůbec nedochází. U CF existuje přes 2000 různých mutací. Účinnost modulátorové terapie se tedy odvíjí od typu mutace a daného poškození chloridového kanálu. V tuto chvíli existují čtyři modulátorové léky, z nichž první je dostupný již dvanáct let. Tento lék je zaměřený na případy tzv. keltské mutace, kterých je v ČR jen asi kolem dvaceti. Nejnovější lék ze skupiny CFTR modulátorů, který vstoupil do úhrady okolo prázdnin, je určen pro pacienty s mutací F508del, která se v ČR vyskytuje nejčastěji, a to u 70–80 % pacientů s CF. V současnosti je tento lék indikačně omezen pro pacienty od dvanácti let, jinak bude ale vhodný pro většinu pacientů. Z dosavadní zkušenosti již víme, že tato léčba pacientům velmi pomáhá, což je úžasný posun.



## CFTR modulátory jsou dostupné již několik let. Můžete retrospektivně posoudit, zda jejich zavedení znamenalo průlom v terapii CF?

Jak jsem zmínila, první léčivo z této skupiny je na trhu už dvanáct let. Za tuto dobu samozřejmě již vidíme, že lék pacientům pomáhá a také vidíme, že se diametrálně liší věk dožití. Pacienti s touto léčbou se dožívají asi o deset let vyššího věku. Uvidíme, jaké důsledky bude mít nejnovější lék. Již teď ale víme od pacientů, kteří své zkušenosti sdílí na sociálních sítích, že účinky léku se projeví velmi brzy, a to u některých pacientů už po pár dnech užívání. Pacienti zmiňují, že se jim lépe dýchá v důsledku odhlnění a mají více energie. Vidíme také, že po prvním měsíci užívání se zvyšují plicní funkce. Někteří pacienti mluví o tom, že se jedná o zázračný lék. Dochází k významnému zlepšení kvality života již po velmi krátké době užívání. Předpokládáme, že užívání léku přinese i změny v ambulantní oblasti, protože pacienti uvádějí, že již nemají potřebu vykašlávat, neodhlehují, a nemají tedy vzorek sputa pro mikrobiologickou kontrolu.

## Jaké benefity má užívání kombinace CFTR modulátorů?

Například první dostupný modulátor je určený pro pacienty, kteří mají chloridový kanál, avšak ten je nefunkční. Tento lék tedy účinkuje zprůchodněním existujícího chloridového kanálu. Nejnovější lék je složen z kombinace účinných látek, a to z toho důvodu, že je určen pro pacienty, u kterých se chloridový kanál netvoří vůbec nebo jen částečně. Každá z obsažených molekul v tomto léku má určitý úkol, tedy nejprve vytvořit chloridový kanál, a potom jej zprůchodnit. CFTR modulátory mají tedy indikační omezení dané typem mutace a také věkem pacienta.

## Kam směřuje další vývoj v oblasti léčiv pro CF?

Chystají se další molekuly, které budou účinkovat podobně jako modulátorová léčba. Protože se jedná o vzácné onemocnění, které je podmíněné geneticky, přichází dále v úvahu genová terapie. Ta je již pro některá další vzácná onemocnění zavedená. U CF se na jejím vývoji pracuje, avšak stále je to hudba budoucnosti. Největší naději pro naše pacienty proto v současnosti představuje modulátorová terapie, která je nyní k dispozici a má skvělé výsledky.

## S novými léčivými souvisí i klinické testování. Podporujete v rámci klubu zapojení pacientů do klinických studií?

Určitě, zvláště u vzácných onemocnění je klinické testování možností se co nejdříve dostat k výjimečné terapii. Například u případu nového léku pro CF již několik pacientů mělo možnost jej při klinických studiích vyzkoušet. My spolupracujeme s profesorem Dřevínkem, přednostou Ústavu lékařské mikrobiologie 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole, který má na starosti klinický tým a koordinaci klinických studií, a díky němu se pacienti mohou k těmto novým výjimečným léčivům dostat již v průběhu testování. V řadách našich pacientů je o klinické testy velký zájem, protože ví, že to pro ně znamená jedině přínos.

## Jaká jsou hlavní nefarmakologická opatření, kterými by se pacienti s CF měli řídit?

Naši pacienti jsou zvyklí dodržovat podobná opatření, která byla zavedena pro celou populaci v souvislosti s pandemií covid-19. Roušky, rozestupy, hygiena a dezinfekce rukou, to jsou opatření, která naši pacienti musí celoživotně dodržovat. Během zim-

ního období se pacientům nedoporučuje používat prostředky hromadné dopravy z důvodu zvýšeného rizika nákazy. Pacienti s CF také představují riziko pro sebe navzájem, protože jsou kolonizováni bakteriemi, které nejsou pro běžnou populaci běžné, např. *Pseudomonas aeruginosa* nebo *Burkholderia cepacia*, jež osidlují jejich dýchací cesty a způsobují záněty. Je také důležité vyhnout se stojatým vodám, právě kvůli riziku výskytu *Pseudomonas aeruginosa*. Součástí léčebného režimu pacienta je i respirační fyzioterapie. Také je důležitá vysokokalorická strava. Většina pacientů má totiž problémy s trávením a musí užívat trávicí enzymy. Přesto však nedochází k dokonalému trávení. Modulátorová terapie pomáhá i v tomto ohledu a u pacientů je reportováno přibírání na váze, což je pozitivní.

## Evropský den pro CF připadá na 21. listopadu. Jaké aktivity klub plánuje a jak se může zapojit veřejnost?

Na Evropský den CF pořádáme „Větrníkový den“. Ve školách a v rodinách pacientů stavíme větrníky. Větrník je náš symbol, protože rozfoukat papírový větrník je velmi snadné, ale pro naše pacienty to může být velký problém. V letošním roce také vyzýváme veřejnost k malování větrníků na kamínky na znamení podpory Klubu CF. Naši každoroční aktivitou je také vydání „Slaného kalendáře“, který pro nás v letošním roce nafotil Herbert Slavík. Kalendář nese podtitul „Naše nemoc není vidět“ a upozorňujeme v něm na to, že na první pohled u našich pacientů nelze poznat, že jsou nevyčísitelně nemocní. Ukazujeme tedy naše krásné pacienty a zároveň jsou uvedeny i další číselné údaje, které popisují život s CF.

Mgr. Kateřina Štulíková

▼ Inzerce

## NOVINKA

Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky vydává novou odbornou publikaci

## Vítejte na chatu, můžete začít psát... Chatové poradenství pro pomáhající profese

Kniha Bohuslavy Horské, Šárky Kohoutkové, Lucie Kudrnové Vosečkové a Andrey Láskové se věnuje chatové komunikaci s klientem, zachycuje jak praktické zkušenosti, tak tento distanční způsob práce zasazuje do teoretického rámce. Je určena různým pomáhajícím pracovníkům – současným i budoucím psychologům, sociálním pracovníkům, pracovníkům v sociálních službách, učitelům nebo psychoterapeutům.

### Objednávejte na:

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, Vančurova 2904, 390 01 Tábor,  
tel/fax: 381 213 332 provolba č. 6, e-mail: redakce@apsscr.cz, www.obchodapsscr.cz



# Pokroky v telemedicině – jak zajistit efektivní poskytování péče na dálku

*Jaká je současná role telemedicíny v poskytování zdravotní péče a kam se bude telemedicína dále vyvíjet, jsme se zeptali **MUDr. Ondřeje Tefra**, všeobecného praktického lékaře a vedoucího lékaře společnosti MEDDI hub a. s. Zaměřili jsme se také na přínosy nové verze aplikace MEDDI pro praktické lékaře, která bude spuštěna v následujících týdnech.*

**Jaké jsou dopady telemedicíny na poskytování péče pacientům v ordinaci praktického lékaře a jaké výhody telemedicína lékařům přináší?**

V současné situaci pozorujeme tyto trendy – populace všeobecných praktických lékařů neúprosně stárne, průměrný věk praktického lékaře v ČR je 50+ a jejich počet se každoročně snižuje. Zároveň v důsledku stárnutí celé populace a vyššího věku dožití narůstá počet pacientů, kteří vyžadují a budou vyžadovat neustále více zdravotní péče. Bude tedy nutné hledat cestu, jak tento problém řešit. Dobrou zprávou je, že se v posledních letech zvýšil zájem o všeobecné praktické lékařství, který nicméně nebude sám o sobě schopen tyto zvýšené nároky pokrýt. Současně bude nutné provést revizi a systematizaci výkonů, které lékař společně se zdravotní sestrou svým pacientům poskytují, a díky digitalizaci vhodně zapojit a umožnit distanční spojení lékaře s pacientem ve všech administrativních a postupně i některých klinických výkonech spojených s poskytováním zdravotních služeb. Lékař tak bude mít více času na to, aby se věnoval pacientovi. Distanční medicína umožní pacientovi lepší průchod systémem zdravotnictví. Současný systém totiž generuje časové a ekonomické ztráty. Digitalizace zdravotnictví by měla poskytování zdravotních služeb urychlit a zjednodušit.

**Můžete uvést konkrétní příklady, jak může telemedicína praktickým lékařům zjednodušit práci a snížit míru administrativní zátěže?**

Jde o předvyplňování žádank, receptů, sběr laboratorních výsledků a výsledků zobrazovacích vyšetření či třídění požadavků a zpráv od pacientů. Důležitá role telemedicíny spočívá v zastřešení komunikace mezi lékařem a pacientem. V případech, kdy lékař s pacientem komunikuje pomocí e-mailu, SMS zpráv či telefonicky, dochází k třídění informací do několika nezabezpečených komunikačních kanálů a lékař nebo



zdravotní sestra je pak musí třídit a předávat do ambulantního systému. To je ztráta jejich potenciálu. Naším cílem je vytvořit jeden zabezpečený komunikační kanál, který bude s ambulantním softwarem interoperabilní, a umožní tak lékařům lepší organizaci práce. To jim ve výsledku přinese více času, který budou moci věnovat svým pacientům.

**S rozšiřující se digitalizací ve zdravotnictví roste i míra využívání telemedicíny. V souvislosti s pandemií covid-19 bylo také díky telemedicině možné udržet kontinuitu poskytování péče pacientům. Jaký je stav telemedicíny v České republice v současnosti?**

Události související s covid-19 byly velmi specifické a celkově urychlily proces digitalizace. To vedlo k utvrzení laické i odborné veřejnosti v tom, že digitalizace některých úkonů je nezbytná a může přinést úsporu času. Covid-19 tedy prokázal, že kdyby neexistovaly aplikace eRecept a eNeschoopenka, byla by situace dramaticky složitější. Díky těmto již zavedeným změnám tak bylo možné setrvat v poskytování péče pacientům, pro které by byla fyzická návštěva ordinace ohrožující s ohledem na riziko nákazy.

Nyní všichni znají termíny telemedicína a distanční péče. Problém je teď však v české legislativě, která žádnou formu poskytování distanční péče nedefinuje. Stát by nyní měl nastavit některé kroky, aby pomohl rozšíření telemedicíny v praxi. Lékaři telemedicínu začali využívat. Samozřejmě je část lékařů, kteří jsou celkově digitalizaci nakloněni více, a část, která nové postupy odmítá. V naší ordinaci se zatím zaměřujeme na skupinu mladších pacientů, u kterých víme, že mají k novým technologiím pozitivní vztah, a předpokládáme u nich tak lepší adherenci. Snažíme se pacientům vysvětlovat, že je vhodné komunikaci zastřešit jedním prvkem, a mohou tak mít jistotu, že jejich požadavky na lékaře budou zpracovány a vyřízeny. Je také třeba si uvědomit, že zdravotní informace pacientů jsou důvěrné informace a jejich sdílení přes běžné komunikační prostředky, jako je e-mail, WhatsApp apod., není bezpečné.

**V porovnání s ostatními evropskými zeměmi je u nás úroveň digitalizace ve zdravotnictví vyšší, anebo zaostáváme?**

Myslím si, že jsme pozadu. Nejdále na světě stran digitalizace jsou ve Spojených státech,



kde je to i důsledkem toho, že je péče poskytována na daleko větší vzdálenosti. To je jeden z důvodů, proč se tam telemedicína začala uplatňovat již mnohem dříve. V rámci Evropské unie jsou nejdál ve Skandinávii.

V Norsku a ve Švédsku plně funguje digitální zdravotnictví. Je to způsobeno tím, že v těchto případech je stát legislativní oporou pro firmy zabývající se vývojem telemedicínských aplikací. Tak to v Čechách bohužel zatím není.

**V jakých oblastech poskytování zdravotní péče má telemedicína největší potenciál do budoucna?**

Osobně si myslím, že by se digitalizace měla soustředit na chronicky léčené pacienty, jelikož tam vycházíme z předpokladu, že lékař pacienta dobře zná a může odhadnout, jakým směrem se stav pacienta bude vyvíjet. Zároveň se tímto může zvýšit i adherence pacientů k léčbě, protože pravidelné prohlídky by mohly být částečně prováděny dálkově. Typicky se jedná o hypertoniky, diabetiky a prediabetiky nebo pacienty v paliativní péči. V současnosti také pracujeme na pilotním projektu distanční péče pro těhotné maminky.

**Společnost MEDDI Hub přináší novou verzi aplikace MEDDI pro lékaře. V čem se liší od té předchozí? Disponuje oproti starší verzi novými funkcemi?**

Aplikace prošla dramatickými změnami. Upravili jsme registraci lékařů a poskytovatelů zdravotních služeb tak, aby umožnila

vytvoření celkové struktury pracoviště. Bereme v úvahu to, že lékař může fungovat v jedné ambulanci jako jednotlivec, ale existují také zdravotnická zařízení složená z většího množství ambulančí. V nové verzi jsme tedy zastřešili komunikaci a správu pro oba případy. Naším hlavním cílem je, aby veškeré dokumenty, které vzniknou na základě ošetření přes aplikaci MEDDI MD, měly z legislativního pohledu všechny parametry zdravotnické dokumentace vedené v elektronické podobě. Do aplikace jsme proto přidali prvky, které toto umožní, což je základem toho, abychom lékařům usnadnili přechod k poskytování péče distanční formou. Dokumenty vytvořené v aplikaci tak bude možné jednoduše převést a archivovat v informačním systému příslušného zdravotnického zařízení. Nebude tedy již potřeba duplikovaně záznamy tvořit a zavádět do kartotéky pacientů, jako je tomu např. v případě, kdy se lékař s pacientem domluví na dálku (e-mailem, telefonicky) na určitém postupu, který musí následně zaznamenat a uložit do karty pacienta.

Aplikace proto umožňuje pracovat s kvalifikovaným certifikátem lékaře. Zároveň bude možné přímo v aplikaci vystavovat eRecepty. Také jsme přepracovali objednávkový systém, takže požadavky pacientů již budou propojené přímo s kalendářem lékaře. Pacienti budou přímo při objednávání rozčlenění podle druhu jejich požadavku.

**Jakým způsobem je možné přejít z užívání původní verze na verzi 2.0? Nedojde při přechodu ke ztrátě dat?**

Ke ztrátám dat nedojde, protože na zdravotní data je nahlíženo tak, že jejich vlastníkem je pacient a lékař je jejich správcem. Data jsou uložena na straně pacienta a záleží na něm, komu je zpřístupní. Tím však nezaniká zákonná povinnost lékaře vést zdravotnickou dokumentaci. Přechod lékařů na novou verzi tedy přístup k existujícím datům neovlivní.

**Připravujete již nyní další inovace v aplikaci či rozšíření stávajících funkcí?**

Základem nové verze je možnost tvorby elektronické zdravotní dokumentace a zavedení elektronické identity subjektů, které mezi sebou komunikují. Další nadstavbou pak mohou být dílčí problémy jednotlivých specializací, protože každý obor má svá specifika a konkrétní úkony vhodné k převedení na distanční formu. Každému můžeme jiným způsobem ulevit od administrativní zátěže. Výhledově bude možné na tomto základu vystavět komunikační platformu pro vzájemnou mezioborovou komunikaci tak, aby bylo možné sdílet potřebná patientská data. To přinese jak časové, tak finanční úspory. V současnosti totiž často dochází k opakování stejného výkonu jen proto, že výsledky z prvotního vyšetření nejsou dostupné. Typicky se s touto situací setkáváme u výsledků ze zobrazovacích vyšetření či doplňkových vyšetření u ambulantních specialistů.

Mgr. Kateřina Štulíková

foto: archiv O. Tefra a 123rf.com

# Počátky infekce HIV ve světě a v Československu

*Letos uběhlo 40 let od chvíle, kdy se světem začaly šířit zprávy o nevysvětlitelných úmrtích v důsledku závažného syndromu získaného selhání imunity, později označeného jako AIDS. Původce nemoci – virus HIV – si od té doby vyžádal miliony obětí po celém světě. Jaké byly začátky pandemie HIV a jakým způsobem reagovali na tuto tehdy záhadnou nemoc českoslovenští lékaři a vědci?*

Roku 1981 bylo americkému Centru pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC) oznámeno pět případů vzácného typu zápalu plic způsobeného parazitem *Pneumocystis carinii*. Hlášení učinil americký lékař **Dr. Michael Gottlieb** v Los Angeles. Předtím se projevy této parazitární infekce vyskytovaly pouze u lidí, jejichž imunita byla nějakým způsobem potlačena, např. podáváním imunosupresiv po transplantacích. Publikace nálezu CDC vyvolala vlnu hlášení podobných případů také v San Franciscu a New Yorku. Všichni nakažení pacienti byli mladí homosexuálové se selhávající buněčnou imunitou. U některých byl pozorován výskyt tzv. Kaposiho sarkomu, kožní formy rakoviny, která se do té doby vyskytovala pouze u velmi starých lidí.

Američtí vědci nejdříve pojmenovali onemocnění **GRID** (Gay Related Immune Disease; porucha imunity u homosexuálů), brzy se ale vyskytly případy nákazy u heterosexuálů, hemofiliků, příjemců krevních transfuzí nebo injekčních uživatelů drog. Kvůli rozmanitosti příznaků přijaly americké úřady v roce **1982** pro onemocnění neznámého původu název se zkratkou **AIDS** (Acquired Immuno-Deficiency Syndrome; syndrom získaného selhání imunity).

## Původcem je zákeřný RNA virus

Dle anamnézy se lékaři domnívali, že je příčinou původce, který se přenáší pohlavním stykem. Do objevení viru HIV byla pozornost věnována virům z čeledi *Herpesviridae*, které byly dříve objeveny u pacientů s imunologickou nedostatečností, a *Retroviridae*, z nichž jsou někteří zástupci zodpovědní za vznik sarkomů či leukemií. Kromě toho byly v hledáčku vědců dokonce také rekreační drogy nebo léky na podporu erekce.

Virus HIV byl objeven dva roky od prvních případů infekce. Učinili tak nezá-

visle na sobě týmy profesora **Luca Montagniera** z Francie a **Roberta Galla** z USA v letech 1983–1984. Skupina vědců z Paříže v roce 1983 izolovala z tkáně lymfatických uzlin homosexuálního muže nový virus, který nazvali **lymfadenopatickým virem (LAV)**. Další skupina vědců pracujících v USA v roce 1984 izolovala z krve pacientů s AIDS podobný virus, který dostal název lidský **T-lymfocytotropní virus typ III (HTLV III)**. Kvůli sjednocení terminologie byl nově izolovaný virus přejmenován na virus lidské imunitní nedostatečnosti (HIV-1) v roce 1986. Ve stejném roce byl v Africe od pacientů s AIDS izolován virus **HIV-2**, který vyvolával podobné příznaky.

Z taxonomického hlediska byl virus HIV zařazen mezi **RNA viry** do čeledi *Retroviridae*, rodu *Lentiviridae*. U člověka jsou zodpovědné za vznik chronických, pomalu progredujících smrtelných onemocnění. Viry HIV jsou obalené viry o velikosti 100–120 nm, které mají na svém lipidovém obalu dva glykoproteiny gp41 a gp120. Tyto glykoproteiny se významně podílejí na procesu absorpce virionu HIV na povrchu hostitelské buňky a na pronikání buněčnou stěnou do nitra buňky.

Po vstupu do krevního řečiště se virus váže pomocí glykoproteinu gp120 na povrchu hostitelských buněk se specifickým receptorem **CD4+**, které jsou exprimovány zejména na pomocných CD4+ T-lymfocytech (*helper cells*) a dále také na makrofágích, buňkách střevní sliznice a dalších. Po přilnutí viru na povrch buňky umožní glykoprotein gp41 jeho vstup do nitra buňky. Poté dojde ke specifickému procesu, který je typický pro retroviry – enzym *reverzní transkriptáza* přepisuje virovou RNA na DNA, která je následně enzymem *integrázy* začleněna do hostitelské DNA a stává se její trvalou součástí. Buňka se stává virogenní, je schopna kdykoliv produkovat nové virové částice. Po čase jsou kapacity buňky vyčerpány, buňka se rozpadá a hyne. Dochází tak k narušení imunitní integrity jedince,

jelikož virus napadá především lymfocyty. Virus se přenáší z člověka na člověka nejčastěji pohlavním stykem, ať už homosexuálním, či heterosexuálním. Zdaleka nejčastěji se vyskytuje v krvi, spermatu či vaginálním sekretu. Tyto tělesné tekutiny představují největší riziko přenosu nákazy.

## Serologická diagnostika HIV znamenala převrat

Do amerického týmu profesora Galla patřil i československý občan **prof. Mikuláš Popovič**, který v rozhovoru pro časopis *Vesmír* (2014) uvedl: „Hledali jsme, zda je izolovaný virus infekční, zda zabíjí lymfocyty, zda tedy může být původcem nemoci. (...) Mým důležitým zjištěním při izolaci leukemického viru HTLV bylo to, že populace buněk pozitivní na virus, izolované přímo z leukemických pacientů nebo získané in vitro přenosem HTLV z jedné buněčné populace do druhé, byly téměř vždy CD4+T-lymfocyty. To nás nasměrovalo už na jaře 1982 k úvahám, že nové onemocnění AIDS může vyvolávat pravděpodobně právě retrovirus, neboť se projevuje markantním poklesem CD4+T-lymfocytů v krvi pacientů. Předpokládali jsme, že T-lymfocyty CD4+ pro něj fungují jako cílové buňky.“

Vypracovat test na detekci viru v krvi a krevních produktech bylo po objevu viru prioritou číslo jedna. Infekčního procesu se účastní celá řada antigenně potentních epitopů, které indukují vznik celého komplexu protilátek, a právě díky těmto poznatkům došlo k rozvoji **specifické laboratorní diagnostiky HIV**. Na vytvoření prvního testu k detekci protilátek proti HIV se podílel zmíněný prof. Popovič a jeho kolegové z Indie a Švýcarska. Průkaz protilátek metodou ELISA a Western blot se podařil v roce **1985**. Testování se rychle rozběhlo a v roce 1986 vstoupil do praxe test schválený Úřadem pro kontrolu potravin a léčiv (FDA) se 100% účinností. „Začala se prověřovat krev určená pro krevní transfuze. Pravděpodob-

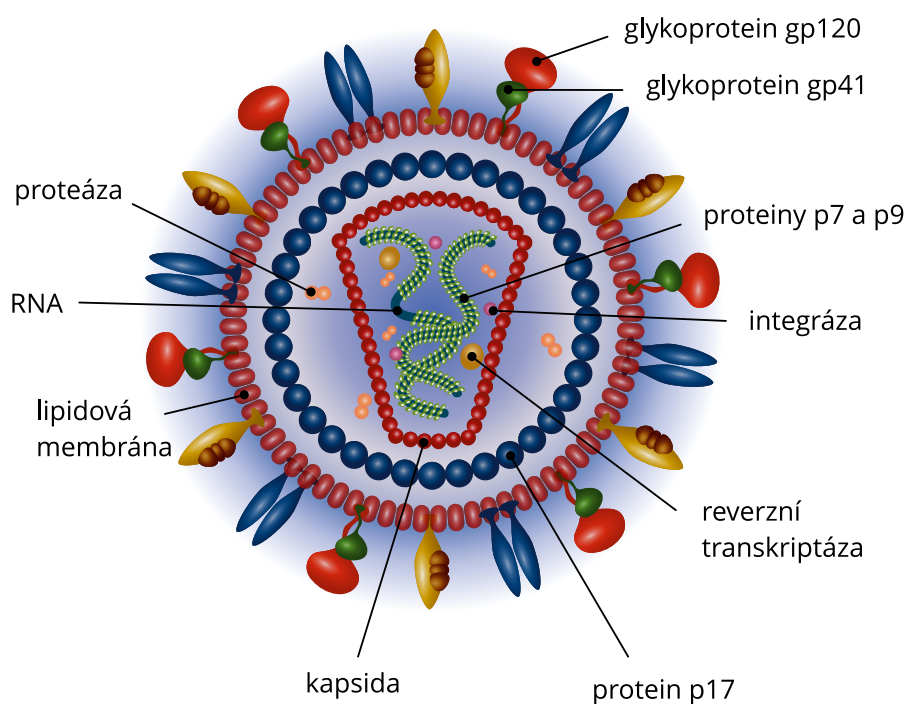
nost nákazy AIDS se ihned tisíckrát snížila. Do uvedení testu se při transfuzi infikoval jeden člověk ze sta, po jeho zavedení to byl náhle jeden ku sto tisícům. To byl dramatický skok. Testy se pak ještě vylepšovaly, takže dnes už je pravděpodobnost nákazy zcela minimální, jedna ku dvěma milionům,“ doplňuje Popovič.

## Nákaza se nevyhnula ani Československu

V polovině roku 1986 bylo po světě hlášeno 21 000 případů, více než polovina z toho v USA, zbytek především v Evropě a ve střední Africe. V Československu byly první případy HIV/AIDS zjištěny a kliniky diagnostikovány v roce 1985. Na ten podnět vzniklo při Fakultní nemocnici Bulovka první **AIDS centrum** pod vedením **doc. MUDr. Marie Staňkové, CSc.** „V roce 1985 mě profesor Kouba pověřil, abych se na toto nové onemocnění zaměřila, protože usoudil, že bude do budoucna představovat velký problém. Skutečně se ukázalo, že měl pravdu,“ vzpomíná doc. Staňková v jednom ze svých rozhovorů pro NKC – gender a věda. „Zpočátku se mi do toho opravdu nechtělo – v té době jsem měla tři malé děti a o nemoci jsme pořádně nic nevěděli. Tím, jak přicházely další a další poznatky o nemoci, bylo jasné, že pokud zachováte základní hygienicko-epidemiologický režim, nemůžete se nakazit.“

V Československu nebyla nicméně serologická diagnostika dlouho dostupná a rozpoznání infekce stavělo především na anamnéze a vyhodnocení symptomů nákazy. První serologické testy byly provedeny dvojicí homosexuálních mužů ve vídeňské laboratoři, kam jejich krevní vzorky přes československé hranice propašoval rakouský virolog Christian Kunz. Tyto vzorky byly anti-HIV pozitivní, Československo tak mělo roku 1985 své první dva případy nákazy. Chybějící serologická diagnostika byla podnětem k tomu, aby ve stejném roce při Státním zdravotním ústavu v Praze (SZÚ) vznikla, pod vedením **MUDr. Marie Brůčkové, Národní referenční laboratoř pro HIV/AIDS**, která mj. sleduje vývoj počtu nakažených HIV od 1. října 1985.

Po zavedení serologické diagnostiky se začalo v Československu masivně testovat. Především se začaly prověřovat všechny krevní transfuze dárčů. „Po roce 1986 nastalo jedno velmi kruté období, kdy se v tehdejším Československu vyšetřovali všichni dárce krve, a přitom se zjistilo, že někteří z nich byli HIV pozitivní. Tehdy jsem obdivovala transfuzní službu, jak



úžasnou má dokumentaci, protože se nám díky ní podařilo vyhledat všechny pacienty, kteří od dotyčných dostali krev. Tehdy bylo tímto způsobem nakaženo 33 lidí včetně dětí. O takových věcech se tehdy ale nemluvalo, nezapadalo to do ideologického obrazu šťastné socialistické společnosti,“ vzpomíná Staňková pro Vademecum zdraví (2009). Povinné testování krve dárčů na HIV je dle zákona povinné od roku 1987.

## Azidothimidin jako historicky první lék

Z vývoje počtu nakažených vyplývá, že od počátku testování došlo ke zpomalení přenosu nákazy až roku 1988. Pokles nových případů patrně souvisel s rostoucím povědomím o novém onemocnění. K dalšímu šíření nákazy došlo až v průběhu 90. let, čemuž přispělo také otevření hranic po sametové revoluci, kdy občané Československa mohli volně cestovat. Mezi nakažené patřili ale také cizinci, nejčastěji studenti. S postupným nárůstem HIV pozitivních pacientů bylo nutné postupně otevřít další **AIDS centra** po celé republice – v Plzni, Českých Budějovicích, Ústí nad Labem, Hradci Králové, Brně a Ostravě.

Do objevení prvního účinného léku umírala většina pacientů v plně rozvinuté formě AIDS na oportunní infekce. Pro lékaře tak byla péče o pacienty frustrující, jelikož neměli k dispozici účinné léky, a jedinou možností tak bylo potlačení symptomů onemocnění. V sobotu 21. listopadu 1987 informoval deník Rudé právo o první oběti AIDS v Československu.

V důsledku rychle rostoucího počtu zemřelých byl uspíšen vývoj vůbec prvního léku proti HIV – **azidothimidinu (AZT)**. Jedná se o lék ze skupiny tzv. inhibitorů reverzní transkriptázy. AZT schválil americký Úřad pro kontrolu potravin a léčiv v roce 1987. V době uvedení AZT na trh byla ale většina pacientů v hlubokém imunodeficitu a umírali do půl roku od diagnózy. Léčba AZT sice na pár měsíců prodloužila život pacientů s AIDS, terapie však měla řadu nežádoucích účinků. „Dnes už víme, že tato monoterapie neměla šanci na úspěch. Velmi rychle se rozvinula rezistence, navíc pacienti dostávali velké dávky – a protože tento lék tlumí tvorbu červených krvinek, trpěli chudokrevností a z léčby jim bylo možná hůř než z nemoci,“ vzpomíná pro časopis Vesmír (2021) **prof. MUDr. Ladislav Machala, Ph.D.**, který pracuje na infekčním oddělení Fakultní nemocnice Bulovka od roku 1982.

## Symbol boje proti HIV/AIDS

1. prosince si každoročně připomínáme **Světový den AIDS**, který byl poprvé vyhlášený WHO roku 1988. Symbolem souznělosti s pacienty s HIV/AIDS je červená stužka. Dnes, ani po 40 letech od objevení viru HIV, neexistuje účinný lék, který by dokázal organismus navždy viru zbavit. Vysoká míra účinnosti moderní terapie nicméně dokáže výrazně zkvalitnit život pacienta a dříve fatální onemocnění změnit v onemocnění chronické. I přesto je však prevence nákazy jedním z nejučinnějších nástrojů v boji proti HIV/AIDS.

Bc. Michal Češek, DiS.

# Cystická fibróza

Cystická fibróza (CF) je vzácné, postupně se zhoršující geneticky podmíněné onemocnění, které způsobuje tvorbu lepkavého hlenu zejména v plicích a trávicím ústrojí.<sup>1, 2</sup>



Rozvoj cystické fibrózy způsobuje chybný nebo chybějící protein CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator) v důsledku mutace genu zodpovědného za jeho produkci. Výsledkem jsou problémy při přechodu chloridových iontů (součást kuchyňské soli) přes membránu buněk v těle. To vede k tvorbě a hromadění hustého a lepkavého hlenu primárně v plicích a dalších orgánech.<sup>3</sup>

V Severní Americe, Evropě a Austrálii trpí cystickou fibrózou přibližně

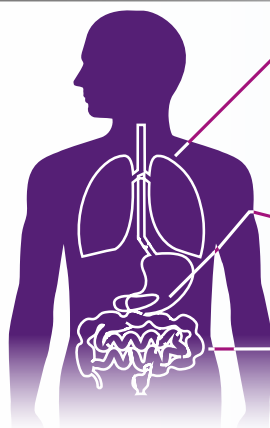
**75,000** lidí.<sup>4</sup>

V České republice žije necelých

**700** osob s CF.<sup>15</sup>

## Příznaky CF<sup>1, 6</sup>

Mezi příznaky cystické fibrózy patří:



### PLÍCE

- Časté kašláni
- Odkašlávání hlenu
- Dušnost
- Opakující se infekce
- Zánětlivé reakce

### SLINIVKA

- Snížená produkce inzulínu
- Zvýšené riziko vzniku diabetu zapříčiněného cystickou fibrózou
- Snížená produkce enzymů slinivky a následná podvýživa

### TRÁVICÍ ÚSTROJÍ

- Potíže s příjmem živin a následné abnormality stolice, pomalý nárůst tělesné hmotnosti a podprůměrný tělesný růst

Obtíže způsobované CF mohou zasahovat i další orgány, například:



Játra



Pohlavní orgány



Potní žlázy



Dutiny



Trávicí soustavu

CZ-02-2100002

**VERTEX**

Inzerce



## Speciální práce

- uzavírání potrubí pod tlakem media (pomocí balonování, stoplování)
- navrtávání potrubních systémů pod tlakem media
- výřezy potrubí
- vývoj, výroba plynárenských zařízení
- výstavba inženýrských sítí: plyn, voda, kanalizace

Vodárenská 22, Nemošice, 530 03 Pardubice

e-mail: [gasco@gasco.cz](mailto:gasco@gasco.cz)

[www.gasco.cz](http://www.gasco.cz)

Inzerce



# blokurima

doplňěk stravy

**2 g D-MANÓZY**

PODPORUJE NORMÁLNÍ FUNKCI

\* obsahuje 60 mg  
Artichoke P.E. 5:1

## MOČOVÝCH CEST\*



5 mg LYZÁTU UPEC

**Složení jednoho sáčku:**2 g D-Manózy  
+ 5 mg lyzátu UPEC  
+ 60 mg artichoke

**Složení jednoho sáčku:**

2 g D-Manózy

**Dávkování:**Jeden sáček denně  
(nejlépe večer před spaním).

Inzerce ▼



Ilustrační foto: 123rf.com



Vaše nové pracoviště?

## Hledáme sestry!

Ambulantní provoz bez nocí a svátků, krásné prostředí, vysoká úroveň péče, zajímavá klientela, pracoviště v Praze 4 nebo 6.

Kontakt: [hr@canadian.cz](mailto:hr@canadian.cz), [www.canadian.cz/cs/o-nas/kariera/](http://www.canadian.cz/cs/o-nas/kariera/)

Health. The greatest wealth.


**CANADIAN  
MEDICAL**


Obec Velká Losenice

**nabízí volné prostory zavedené ordinace  
praktického lékaře pro dospělé.**

Prostory jsou včetně čekárny, pracoviště sestry,  
pracoviště lékaře a společných WC v objektu  
lékařských služeb v obci.

Prostory budou uvolněny od 1. 1. 2022.

Více informací na telefonu: 724 186 534  
nebo na e-mailu: [obec@losenice.cz](mailto:obec@losenice.cz).

Informace o obci [www.losenice.cz](http://www.losenice.cz).



## Městská nemocnice Čáslav přijme: **LÉKAŘE INTERNÍHO ODDĚLENÍ**

### Požadavky:

- odborná způsobilost – VŠ vzdělání
- specializovaná způsobilost dle zák. 95/2004 Sb. v oboru všeobecné lékařství, možné i absolventa
- občanská, morální bezúhonnost a zdravotní způsobilost

### Pro tuto pozici nabízíme:

- motivační platové ohodnocení včetně náborového příspěvku
- osobní příplatek
- rizikové příplatky (práce ve ztíženém pracovním prostředí)
- zvláštní příplatky – práce na operačních sálech
- příplatky za práci přesčas a směnný provoz
- zázemí stabilního zaměstnavatele

### Zaměstnanecké benefity:

- získání městského bytu
- možnost zajištění dětské skupiny (školky)
- týden dovolené navíc
- dotované závodní stravování
- výhodný mobilní tarif

### Příspěvky z FKSP:

- na dovolenou pro zaměstnance
- tábory pro děti zaměstnanců
- finanční odměny k životnímu a pracovnímu výročí
- peněžní dary za dárčovství krve
- bezúročnou půjčku se splatností 5 let
- jednorázovou sociální výpomoc
- příspěvek na očkování
- možnost zajištění rehabilitací a masáží

### Kontakt:

- Městská nemocnice Čáslav, Jeníkovská 348, 286 01 Čáslav
- Marcela Průchová – personalistka, tel.: 327 305 123, e-mail: marcela.pruchova@nemcaslav.cz



Personální inzerce  
do časopisu  
**Zdravotnictví a medicína**



Zdravotnictví a medicína

přijímáme na e-mailu:

**obchod@eezy.cz**

nebo telefonicky:

**+420 739 436 468**



Ilustrační foto: 123rf.com

MĚSÍČNÍK ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA



Zdravotnictví a medicína

číslo 11/2021

[www.zamcasopis.cz](http://www.zamcasopis.cz)

#### Redakční rada ZAM

- prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)  
MUDr. Václava Bártů, Ph.D.  
doc. MUDr. Líbuše Čeledová, Ph.D.  
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.  
MUDr. Radkin Honzák, CSc.  
Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA  
prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.  
doc. MUDr. Ondřej Měšťák, Ph.D.  
Mgr. Jana Nováková, MBA  
prim. MUDr. Hana Roháčová, Ph.D.  
prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., MBA, FESC, FACC  
MUDr. Ondřej Tefr  
prof. MUDr. Petra Tesařová, CSc.  
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.  
MUDr. Jana Vojtišková  
prof. PaedDr. et Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

#### Redakce

- Bc. Petra Hátlová, e-mail: zam1@eezy.cz  
Mgr. Kateřina Štulíková, e-mail: zam3@eezy.cz  
Mgr. Markéta Mikšová, e-mail: zam@eezy.cz  
Bc. Michal Češek, e-mail: zam2@eezy.cz  
Mgr. Lukáš Malý, e-mail: editor@eezy.cz  
Mgr. Barbora Vodičková, e-mail: editor@eezy.cz

#### Projektový a kreativní manažer, technické zpracování

Radek Koňárik, e-mail: konarik@eezy.cz

#### Vydává EEZY Publishing, s.r.o.

Na Pankráci 1618/30, 148 00 Praha 4,  
IČ: 28086660



#### Adresa redakce:

Zdravotnictví a medicína,  
**EEZY Publishing, s.r.o.**  
Na Pankráci 1618/30, 148 00 Praha 4, zam@eezy.cz

#### Inzerce

obchod@eezy.cz

#### Foto na obálce

archiv EEZY Events & Education

#### DISTRIBUCE TITULU

Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:  
SEND Předplatné, spol. s r.o.,  
Ve Žlábku 1800/77, hala A3, 193 00 Praha 9,  
tel.: 225 985 225, mobil: 777 333 370  
e-mail: send@send.cz, www.send.cz

#### Objednávky do zahraničí:

Mediaservis, s. r. o., Zákaznické centrum,  
Videňská 995/63, 639 63 Brno, tel. 532 165 165,  
e-mail: export@mediaservis.cz

#### Objednávky SR:

Mediaprint-Kapa Pressegrasso, a.s.  
Oddelenie inej formy predaja  
P.O. BOX 183, 830 00 Bratislava 3  
tel.: +421 2 4989 3568,  
e-mail: objednavky@ipredplatne.sk

Smluvní vztah mezi vydavatelem a předplatitelem se řídí všeobecnými obchodními podmínkami pro předplatitele.  
Předplatné se automaticky prodlužuje.

Vydavatel a redakční rada nenesou odpovědnost za obsah inzerátů ani jiných materiálů komerční povahy.

Snímky označené jako „123rf.com“ jsou použity na základě licence.

#### Tisk Grafotechna Plus, s.r.o.

Číslo dáno do tisku 15. 11. 2021

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele.

Tištěný náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.

© EEZY Publishing, s.r.o., 2021

Evidenční číslo MK ČR: E 20524, ISSN 2336-2987

# HARTMANN SCHOOL AWARDS

Pojďme společně přemýšlet o tom, jakou zdravotní péči v budoucnosti chceme. Každá neotřelá myšlenka, která nezapadne a schopnost posoudit každou výzvu z různých úhlů pohledu, to je to, co nás může posunout zase o krok dál.



## HARTMANN School Awards



je projekt společností HARTMANN - RICO a.s. a EEZY Events & Education, s.r.o.

Cílem projektu je podpora motivace studentů zdravotnických škol aktivně se zapojit do přehodnocování procesů zdravotní péče směrem k jejímu zefektivnění, podpora vnímání role zdravotnického personálu jako jedné z klíčových rolí fakticky ovlivňujících, jak bude zdravotní péče fungovat v praxi, vzdělávání budoucího zdravotnického personálu v této oblasti ve smyslu rozvíjení kritického myšlení a schopností studentů své myšlenky obhajovat a prezentovat.

První ročník soutěže HARTMANN School Awards již má své vítěze! Do projektu se přihlásilo celkem jedenáct soutěžních týmů ze šesti škol z celé České republiky. Vítězným zlatým týmem, který byl vybrán na základě osmi hodnocených projektů, se stala střední zdravotnická škola AGEL SZŠ a VOŠZ, s. r. o., z Českého Těšína.

### AGEL SZŠ a VOŠZ s.r.o Český Těšín

Karolina Gonová  
Lenka Jahřabáčová  
Beata Kostková  
Mentorka: Bc. Edita Heczková

### Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola Hradec Králové

Veronika Vítová  
Michaela Kvapilová  
Nikola Petříčková  
Mentorka: Mgr. Helena Rezková

### Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední škola zdravotnická, Ústí nad Labem

Simona Tieslová  
Michaela Kocajová  
Vendula Králová  
Mentorka: Mgr. Zuzana Hrubanová



Zlatý, stříbrný a bronzový tým 1. ročníku soutěže Hartmann School Awards se svými mentory a odbornou porotou

# Ples sester

JEDINÝ OFICIÁLNÍ PLES ČESKÉ ASOCIACE SESTER

Generální partner



Pořadatelé



Sobota 19. 3. 2022, palác Žofín, Praha  
Vstupenky na [www.ples-sester.cz](http://www.ples-sester.cz)