



ZDRAVOTNICKÉ NOVINY



CENA 28 Kč, PŘEDPLATNÉ 23 Kč

ČTRNÁCTIDENÍK PRO ODBORNÍKY
VE ZDRAVOTNICTVÍ A FARMACII

17/2012 Toto číslo vyšlo 27. 8. 2012



NÁZORY

To se to destigmatizuje!
Odborníci se mohou snažit
o osvětu sebevíc, avšak stačí
jeden paparazzo...

STRANA 13



PŘEDSTAVUJEME

prof. MUDr. Vladimíra
Vonku, DrSc., vedoucího
laboratoře imunoterapie
a genové terapie nádorů ÚHK

STRANA 28



LÉKAŘSKÉ LISTY

7/2012 – Oftalmologie
Naleznete jako přílohu
v tomto čísle



Karolína Peake:
Vláda přijala novelu
zákona o léčivech. Do
půl roku chce další,
ta upraví paralelní
obchod s léky.

Foto: EIS/Anna Vacková

Novelu zákona o léčivech schválila vláda

Novela zákona č. 378/2007, o léčivech, zasadila do českého právního řádu zvýšenou ochranu před padělkem léků, zamezení nelegálnímu vývozu léků do ciziny a zachování dostupnosti léků pro české pacienty.

Návrh minulý týden schválila vláda. Zákon řeší tři hlavní problémy české lékové politiky: zabráňuje zneužívání léčiv výrobci a uživateli drog, zvyšuje informovanost pacientů o cenách a úhradách léků a v neposlední řadě se také snaží vypořádat s problémem jejich reexportu do zahraničí.

Zamezení zneužití k výrobě drog

Cílem nové úpravy je zabránit zneužití léčivých přípravků s ob-

sahem pseudoefedrinu, které mohou sloužit jako surovina pro výrobu pervitinu. Brání také zneužívání léčivého přípravku Subutex (náhrady heroinu), což v současné době představuje závažný společenský problém a vede k trestné činnosti. Díky zákonu tak dojde ke zřízení registru výdejů léčivých přípravků.

„Chceme proto stanovit množství omezení a zavést registr pohybu těchto speciálních léčiv. Lékárníci díky tomu budou mít

přístup k informacím o jejich výdeji a poznají, kolik léčivého přípravku mohou pacientovi vydat. Výdej, který by překročil stanovené omezení, nebudou moci provést. Očekává se také debata o tom, že pohyb těchto léčiv se bude dále kontrolovat tím, že bude moci předepsat pouze lékař s určitou odborností, kupříkladu adiktolog či psychiatr,“ okomentoval problém ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09).

(pokračování na straně 3)

Radou vlády prošel návrh zákona o univerzitních nemocnicích

Ministr zdravotnictví Leoš Heger předložil v minulých dnech Legislativní radě vlády (LRV) návrh věcného záměru zákona o univerzitních nemocnicích. Rada poté doporučila, aby vláda návrh věcného záměru zákona schválila ve znění jejího stanoviska.

Cílem návrhu věcného záměru zákona je nahrazení stávající právní formy fakultních nemocnic, které jsou příspěvkovými organizacemi řízenými ministerstvem zdravotnictví, jinou právní úpravou právní osoby (viz článek „Rýsuje se podoba univerzitních nemocnic“ v čísle 9/2012). Rada vlády oceňuje, že univerzitní nemocnice budou lépe spolupracovat s vy-

sokými školami, což povede i ke zlepšení poskytovaných zdravotních služeb a ke zlepšení podmínek pro výuku vědu a výzkum. „Současná právní forma fakultních nemocnic neodpovídá dnešnímu způsobu financování a oddělené právní postavení vysoké školy a fakultní nemocnice ve spojení s hospodařením fakultní nemocnice s majetkem státu zne-

snadňuje dispozice s tímto majetkem při vzdělávací činnosti vysoké školy a jejich lékařských fakult ve fakultní nemocnici,“ uvedla LRV ve svém stanovisku k záměru zákona.

(pokračování na straně 3)



NOVÝ PŘÍSTUP V PREVENCI INVAZIVNÍCH PNEUMOKOKOVÝCH ONEMOCNĚNÍ U DOSPĚLÝCH



Prevenar 13

Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná)

- první a jediná pneumokoková konjugovaná vakcína pro dospělé nad 50 let věku
- pokrývá více než 80 % sérotypů rezistentních na antibiotika¹
- je součástí národních očkovacích programů pro děti ve více než 50 zemích světa²
- díky konjugační technologii dokáže navodit imunitní paměť³
- může být podán jak dosud neočkovaným dospělým osobám, tak i očkovaným polysacharidovou vakcínou⁴
- byl hodnocen ve studiích s více než 6000 dospělými; tyto klinické studie potvrdily, že vakcína je obecně dobře tolerována⁴

NOVÁ INDIKACE :

Prevenar 13 je indikován pro aktivní imunizaci k prevenci invazivních pneumokokových onemocnění způsobených *Streptococcus pneumoniae* u dospělých ve věku 50 let a starších.

Zkrácená informace o přípravku - Prevenar 13 injekční suspenze. Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná). • **Léčivá látka:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje: Pneumococcale polysaccharidum sérotypus 1* (2,2 µg), 3* (2,2 µg), 4* (2,2 µg), 5* (2,2 µg), 6A* (2,2 µg), 6B* (4,4 µg), 7F* (2,2 µg), 9V* (2,2 µg), 14* (2,2 µg), 18C* (2,2 µg), 19A* (2,2 µg), 19F* (2,2 µg), 23F* (2,2 µg). *Konjugován s nosným proteinem CRM₁₉₇ a adsorbován na fosforečnan hliníkový (0,125 mg). **Indikace:** Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění, pneumonie a akutní otitis media, vyvolaných *Streptococcus pneumoniae* u kojenců a dětí ve věku od 6 týdnů do 5 let. Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění způsobených *Streptococcus pneumoniae* u dospělých ve věku 50 let a starších. **Dávkování:** Imunizační schémata přípravku Prevenar 13 by měla být založena na oficiálních doporučeních. Kojenci ve věku 6 týdnů - 6 měsíců: Tři dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi dávkami. První dávka se obvykle podává ve věku 2 měsíců. Čtvrtou dávku se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. **Dříve neočkovaní kojenci a děti ve věku ≥ 7 měsíců:** Kojenci ve věku 7 - 11 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi nimi. Třetí dávku se doporučuje podat ve druhém roce života. Děti ve věku 12-23 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 2 měsíce mezi nimi. Děti ve věku 2 - 5 let: Jedna samostatná dávka 0,5 ml. **Očkovací schéma pro Prevenar 13 u kojenců a dětí dříve očkovaných přípravkem Prevenar (7valentní) (*Streptococcus pneumoniae* sérotypy 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F a 23F):** Kojenci a děti, u nichž bylo očkování zahájeno přípravkem Prevenar, mohou být převedeni na Prevenar 13 v kterémkoli stadiu očkování. Malé děti (ve věku 12-59 měsíců) očkované přípravkem Prevenar (7valentní) v kompletním schématu: Malé děti, které byly kompletně imunizované přípravkem Prevenar (7valentní), by měly dostat jednu dávku po 0,5 ml přípravku Prevenar 13, pro navození imunitní odpovědi vůči 6 dalším sérotypům. Tato dávka přípravku Prevenar 13 by měla být podána nejméně 8 týdnů po poslední dávce přípravku Prevenar (7valentní). **Dospělí ve věku 50 let a starší:** Jedna samostatná dávka. Potřeba revakcinace následnou dávkou přípravku Prevenar 13 nebyla stanovena. Bez ohledu na stav předchozí pneumokokové vakcinace, pokud je použit 23valentní pneumokokové polysacharidové vakcíny považováno za vhodné. Prevenar 13 by měl být podán jako první. **Způsob podání:** Vakcína se má podávat formou intramuskulární injekce. Přednostním místem podání je anterolaterální část stehna (musculus vastus lateralis) u kojenců nebo deltový sval horní části paže u malých dětí. **Kontraindikace:** Precitlivlost na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na difterický toxoid. Podobně jako u jiných vakcín i aplikace přípravku Prevenar 13 má být odložena u jedinců trpících akutním závažným horečnatým onemocněním. Přítomnost mírné infekce jako je nachlazení, by ale neměla být příčinou oddálení očkování. **Zvláštní upozornění:** Prevenar 13 nesmí být aplikován intravaskulárně. Tato vakcína nesmí být podána jako intramuskulární injekce kojencům nebo dětem s trombocytopenií nebo s jinými poruchami koagulace, které jsou kontraindikací pro intramuskulární aplikaci, ale může být podána subkutánně v případě, že potenciální přínos jasně převáží nad rizikem podání. Prevenar 13 chrání pouze proti těm sérotypům *Streptococcus pneumoniae*, které vakcína obsahuje a nechrání proti jiným mikroorganismům, které způsobují invazivní onemocnění, pneumonii nebo zánět středního ucha. Podobně jako jiné vakcíny nemůže ani Prevenar 13 ochránit všechny očkované jedince před pneumokokovým onemocněním. **Interakce:** Prevenar 13 může být podáván současně s jinými dětskými vakcínami podle doporučených očkovacích schémat. Přípravek Prevenar 13 může být podán současně se sezónní trivalentní inaktivovanou chřipkovou vakcínou (TIV). Různé injekční vakcíny musí být vždy podány každá do jiného místa očkování. **Těhotenství a kojení:** Neexistují údaje o použití pneumokokového 13valentního konjugátu u těhotných žen. Není známo, zda je pneumokokový 13valentní konjugát vylučován do mateřského mléka. **Nežádoucí účinky:** Mezi nejčastěji hlášené nežádoucí účinky u dětí patřily reakce v místě očkování, horečka, podrážděnost, nechutenství, zvýšená spavost a/nebo nespavost. U dospělých osob artralgie, myalgie, bolesti hlavy, průjem, vyrážka, zimnice, nevolnost, zarudnutí v místě aplikace, indurace/otok v místě aplikace, bolest/precitlivlost místa aplikace, omezená pohyblivost paže, snížení chuti k jídlu. **Předávkování:** Předávkování přípravkem Prevenar 13 není pravděpodobné vzhledem ke způsobu balení v předplněné injekční stříkačce. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 - 8 °C). Chraňte před mrazem. **Balení:** 0,5 ml injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce s pístovou zátkou a ochranným krytem hrotu. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Ltd., Ramsgate Road, Sandwich, Kent, CT13 9NJ, Velká Británie. **Registrační číslo:** EU/1/09/590/001-6. **Datum poslední revize textu:** 3.7.2012. **Výdej léčivého přípravku** je vázán na lékařský předpis. **Přípravek Prevenar 13 je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění pro děti** splňující podmínky dané zákonem č.48/1997 Sb. v aktuálním znění. Před předepsáním se, prosím, seznámte s úplnou informací o přípravku.

Reference: 1. Lynch JP 3rd, Zhanel GG. *Streptococcus pneumoniae*: epidemiology and risk factors, evolution of antimicrobial resistance, and impact of vaccines. *Curr Opin Pulm Med*. 2010 May;16(3):217-25. 2. Data on file. 3. French RW, Yeh S. The Development of 13 pneumococcal conjugate vaccine and its possible use in adults. *Expert Opin Biol Ther*. 2011 Nov 10. doi:10.1517/14712598.2012.636348. 4. SPC Prevenar 13.

Pfizer, spol. s r.o., Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5
tel.: +420 283 004 111, fax: +420 251 610 270, www.pfizer.cz

www.prevenar13.cz



Pracujeme společně pro zdravější svět™

www.pfizer.cz

Novelu zákona o léčivech schválila vláda

(pokračování ze str. 1)

Informování pacienta o úhradě

Pro větší informovanost pacientů ministerstvo nově zavádí povinnost pro vydávajícího lékaře, aby pacientovi sdělil, zda přípravek je, či není léčivý hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění a jaká je výše této úhrady.

„Pacienti se obratem dozvědí, jakou částkou pojišťovna na léky přispívá, což mohou zohlednit při výběru, který ze zaměřitelných preparátů chtějí. Domnívám se, že všude, kde dochází ke spoluúčasti pacientů, musíme být co nejvíce transparentní a poskytnout občanům maximum informací. Jsem proto přesvědčen, že jde o krok správným směrem,“ poznamenal k nové úpravě náměstek ministra Petr Nosek.

V souladu s požadavky EU bude dle novely sledována bezpečnost léčivých přípravků po jejich uvedení na trh. Firma, která je držitelem rozhodnutí o registraci, je zodpovědná za trvalé sledování bezpečnosti svých léčivých přípravků. Cílem je odhalit dosud nerozpoznaná rizika při podání léku. Lze tak předejít problémům u pacientů a snížit náklady na léčbu onemocnění způsobených podáním těchto přípravků.

Novela také upravuje účinnější postih za prodej léků na tržištích nebo v zásilkovém prodeji na internetu, pokud nejsou dodržena pravidla zásilkového výdeje. Sankce za porušení zákona mohou činit až 20 milionů korun.

Omezení reexportů za půl roku

Novela zatím nedořešila problém reexportů. České zdravotnictví se

podle ministra Hegera nachází mezi dvěma mlýnskými koly. „Tím, že se na jedné straně dlouhodobě snažíme snižovat ceny léků na českém trhu, se na druhé straně vystavujeme nebezpečí, že české léky budou reexportovány do zahraničí, protože jsou jedny z nejlevnějších v EU.“

Vládě se ale návrhy MZ jak reexportu zabránit nelíbily, proto byla úprava paralelních vývozu a dovozu vypuštěna. Navrhovatelkou této změny byla Karolina Peake (LIDEM). Podle ní se jedná o výjimečnou situaci, která v českých podmínkách není běžná. „V posledním roce šlo jen asi o šest případů,“ uvedla vicepremiérka Peake s tím, že by navrhované opatření omezilo trh a komplikovalo život drobným a středním distributorům. „Veškerá distribuce léků by se soustředila v rukou čtyř

velkých distributorů, což by bylo neadekvátním omezením trhu,“ uvedla.

Na tento vývoj již před časem upozornil naši redakci prezident České lékárnické komory (ČLnK) Lubomír Chudoba. „Upravit či snad legislativně přímo zakázat reexporty léčiv do zahraničí není vzhledem k volnému pohybu zboží jednoduché, každá taková změna s sebou může přinést i soudní spory,“ řekl tehdy. Karolína Peake se proto nyní před schválením novely dohodla s ministrem Hegerem, že do půl roku věc vyřeší v další novele téhož zákona.

Reexport je problém v celé EU

Ministerstvo tedy začne znovu novelizovat, zamezení reexportu totiž po členských státech požaduje Evropská komise. Jak Lubomír Chudoba uvedl, evropská výrobcí léků se snaží reexportu léků zabránit tím, že pro své léky najdou výhradní distributory. „Vlaštovkou nyní bude přímá dodávka pro Česko, kdy nadná-

rodní výrobce zvolí pro vybrané léky jediného velkodistributora, který bude dodávat do všech českých lékáren,“ vysvětlil prezident ČLnK.

MZ původně chtělo regulovat reexporty (a zabránit tak i možným výpadkům léčiv určených pro české pacienty) tím, že by dokumentace doprovázející dodávku léčivého přípravku do lékárny uváděla, zda je přípravek určen k výdeji v lékárně, nebo k další distribuci. Distributor se statutem „lékárna“ by nakoupený lék nemohl dále prodat do zahraničí a směl by jej pouze vydat pacientovi. Právě tato úprava ovšem narazila na odpor řady členů vlády. „Samozřejmě mne mrzí, že zatím nebude vyřešen problém možného nedostatku léků pro české pacienty, přestože rozumím některým kolegům, kteří hájí zcela volný trh. I tak se je budu snažit přesvědčit o potřebnosti regulace předprodeje léčiv. Určitě s nimi o tom budu mluvit,“ uzavřel ministr Heger.

Petra Klusáková

Radou vlády prošel návrh zákona o univerzitních nemocnicích

(pokračování ze str. 1)

Na doporučení LRV nebude v příloze zákona uveden přesný výčet devíti současných fakultních, nově univerzitních nemocnic. Zákon bude pouze stanovovat jasná kritéria, která musí zařízení splňovat, aby mu byl statut přidělen. Pokud by se některá nemocnice dostala do problémů, může být zrušena, aniž by

se měnila litera zákona. Podle legislativního náměstka MZ Martina Plíška však odnětí akreditace žádné z současných fakultních, posléze univerzitních nemocnic nehrozí.

Odstátněné budou zodpovědnější

Fakultní nemocnice změněné na univerzitní zařízení budou podle ministra fungovat pro pacienty stejně jako dosud. Hlavní rozdíl je podle něj ve strategické podobě, nemocnice by se měly chovat zodpovědněji, jako neziskové organizace nebudou moci spoléhat na stát, který nebude garantovat snížení jejich hospodářského deficitu. Neziskové organizace si zachovávají své dozorčí a správní rady, se zástupci z řad ministerstva, vysokých škol, lékařských fakult a krajů. Rady budou volit a odvolávat ředitele nemocnic, doposud měl tuto kompetenci ministr zdravotnictví.

„Podařilo se nám najít kompromis mezi tím, zda to bude organizace nezisková *sui generis*, nebo organizace podle nového občanského zákoníku, který definu-

MZ podpoří projekty zvyšující kvalitu péče

Ministerstvo zdravotnictví podpoří projekty pro měření a hodnocení kvality a nákladovosti péče, které v dlouhodobém horizontu přispějí ke zvýšení efektivity vynakládaných financí ve zdravotnictví. Uvolní na ně 500 milionů korun.

„Chceme podpořit investice do moderních technologií nezbytných pro efektivní řízení kvality a nákladovosti systému veřejného zdravotnictví,“ řekl ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09), který doufá, že nové projekty přispějí k racionalizaci využívání finančních prostředků ve zdravotnictví a povedou i k lepší výměně informací a spolupráci ČR se zbytkem EU.

Přísná kritéria

Finanční podporu získají pouze systémové projekty s celoplošným dopadem na systém zdravotní péče v ČR. Hodnocení jednotlivých žádostí o granty bude rozděleno do tří částí, které posuzují kritéria přijatelnosti, formální náležitosti a hodnocení kvality jednotlivých

projektů. K úspěšnému splnění podmínek projekty musí splňovat nejen kritéria přijatelnosti i formální náležitosti, ale zároveň dosáhnout minimálně 50 % možných bodů za hodnocení kvality.

Celkem 85 % finančních prostředků na podporu jednotlivých projektů poskytne Evropský fond pro regionální rozvoj v rámci integrovaného operačního programu, oblast intervence, zbylých 15 % půjde ze státního rozpočtu. Žádosti o finanční podporu mohou žadatelé předkládat od 3. září do 16. října 2012 a projekty musí být realizovány do konce června 2015.

(Více informací a potřebné dokumenty žadatelé nalezou na webových stránkách www.mzcr.cz.)

(fkc)



Foto: Leoš Chodura

Michal Pohanka přednostou Sexuologického ústavu

Bývalý poslanec ČSSD Michal Pohanka, který za ministru zdravotnictví Bohumila Fišera a Davida Ratha působil jako jeden z náměstků na MZ, od září povede Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN v Praze.

Ve funkci nahradí docenta Jaroslava Zvěřinu.

Dnes uspěl ve výběrovém řízení, jehož se účastnil jako jediný kandidát. „V Česku jsme asi dva, kteří bychom splňovali kritéria pro tuto funkci. Plány, co bych chtěl v ústavu změnit, samozřejmě mám, ale

nebylo by fér je zveřejnit dřív, než s nimi seznámím zaměstnance ústavu,“ sdělil nový přednost. Co se týče vlastní odborné práce, podle svých slov doufá, že se bude moci i nadále věnovat vztahu hormonálních výkyvů organismu a nefunkční sexuality.

(klu)

je nový typ neziskových organizací ve smyslu ústavů,“ uvedl Leoš Heger s tím, že zákon podrobněji rozvede obecná ustanovení občanského zákoníku, přičemž zohlední i dohody ministerstva s univerzitami. „Na zá-

kladě schváleného věcného náměru připravíme paragrafované znění, které předložíme na začátku příštího roku, zákon by mohl platit od roku 2014,“ doplnil náměstek Plíšek.

Petra Klusáková

Ministerstvo příští rok vydá více na vědu a výzkum, záchranky a LSPP

Výzkum a vývoj ve zdravotnictví, vzdělávání a dotace krajům na záchranou službu a lékařskou pohotovost podpoří ministerstvo zdravotnictví vyššími částkami i přesto, že rozpočet se v příštím roce opět sníží.

Vláda schválila pro příští rok ministerstvu rozpočet ve výši 5,995 miliardy korun. Tedy o 17 milionů méně, než s jakou částkou resort hospodaří v letošním roce. I když MZ přibýlo agendy, o další peníze ze státního rozpočtu přýžádat nebude.

„Při zpracování návrhu rozpočtu šlo ministerstvo stejně jako v posledních dvou letech cestou snižování nákladů na provoz ministerstva i organizačních složek státu a částečně i investičních výdajů, a to hlavně ve prospěch vědy a výzkumu, vzdělávání a nových agend,“ uvedl první náměstek pro vědu a výzkum Marek Ženíšek (TOP 09).

Kde MZ přidá, kde ubere?

Největší nárůst výdajů plánuje ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09) na vědu, výzkum a vzdělávání, z letošních 1,108 miliardy korun na 1,221 miliardy v roce 2013. Podpora vědy, výzkumu a vzdělávání má pokračovat i v příštích letech, v roce 2014 jsou v plánu výdaje ve výši 1,528 miliardy a v roce 2015 téměř 1,478 miliardy korun.

Naopak největší pokles výdajů je naplánován u provozních výdajů a nákladů na státní správu – z letošních 1,692 na 1,668 miliardy. Výdaje na organizační složky stá-

tu ministerstvo sníží z 1,784 miliardy na 999 milionů korun. Z této úspory přitom MZ uvolní 105 milionů krajům na záchranou službu, což v letošním roce ministerstvo neučinilo.

Kraje dostanou v příštím roce přidáno na lékařskou službu první pomoci. Příspěvek z kapitoly „Ostatní činnosti ve zdravotnictví“ stoupne z letošních 410 na 814 milionů korun.

Investice v příštím roce stoupnou jen minimálně, z letošních zhruba 737 milionů na 996 milionů korun. Z nich dvě třetiny však půjdou na akce zahájené již v minulých letech. Nemocnice většinou budou moci investovat jen tolik peněz, kolik získají z evropských fondů.

280 milionů na preventivní programy

Výdaje na zdravotnické programy a národní zdravotní programy se téměř nezmění – z letošních 279 vzrostou na 280 milionů korun v příštím roce.

Ministerstvo zdravotnictví avizovalo podporu projektům prevence životních rizik. Jejich realizaci z 85 % pokryje finančními prostředky z Evropského fondu pro regionální rozvoj, dalších 15 % uhradí ze státního rozpočtu. „Zdravý životní styl a pre-

vence zdravotních rizik českého obyvatelstva patří mezi prioritní oblasti ministerstva zdravotnictví. Češi se o svůj životní styl stále příliš nezajímají a prevenci podceňují. Naším cílem je posílení plošného systému prevence zdravotních rizik modernizací infrastruktury, která umožní účinné předcházení a sanaci škodlivé návyky a budou zvyšovat motivaci obyvatel ke zdravému životnímu stylu a odpovědnosti za své zdraví.

Žádosti o finanční podporu mohou projekty z oblasti prevence zdravotních rizik a propagace zdravého životního stylu podávat od 1. září do 8. října 2012. Přímo finanční podporu poskytne ministerstvo nevýdělečným projektům realizovaným na celém území ČR, které nezakládají veřejnou podporu. Projekty ale musí být podle MZ realizovány do konce června 2015. Resort bude při hodnocení žádostí o dotace přihlížet k celkové přijatelnosti, v pořádku musí být samozřejmě formální náležitosti a hodnocena bude také kvalita projektů.



Marek Ženíšek. | Foto: Leoš Chodura

Resort ročně spotřebuje zhruba 300 miliard korun, z toho 220 miliard činí výběr zdravotního po-

jištění, zbytek tvoří prostředky krajů, měst či platby pacientů. Náměstek Ženíšek připomněl, že výdaje ze státního rozpočtu už několik let klesají. Celkově od roku 2009 poklesl rozpočet ministerstva z 10,1 miliardy na současných 5,9 miliardy Kč. Ve státním rozpočtu jsou ve všeobecné pokladní správě další peníze pro zdravotnictví v podobě příspěvku státu na zdravotní pojištění dětí, studentů či důchodců. Loni to bylo téměř 53 miliard Kč.

Petra Klusáková

MZ navrhuje úplný zákaz kouření v restauracích

K nejpřísnější verzi ochrany před tabákovým kouřem, která zahrnuje úplný zákaz kouření v restauracích, se v aktuální verzi návrhu zákona kloní ministerstvo zdravotnictví. Legislativní náměstek Martin Plíšek uvedl, že za nedodržení zákona by hrozil postih až ve výši 1 milionu korun.

„Co se týká tabáku, předložíme zřejmě tu nejpřísnější variantu, tedy úplný zákaz kouření v restauracích. Nebude se moci kouřit ani v předzahrádkách se stříškou. Pro kuřáky zůstává jediný prostor, a to zcela otevřené venkovní zahrádky,“ řekl náměstek Plíšek, který předpokládá, že návrh novely zákona č. 379/2005 Sb., o ochraně před škodami působenými návykovými látkami, půjde do připomínkového řízení počátkem září. Vláda by jej mohla dostat do konce října, v lepším případě by mohl začít platit od srpna 2013.

Před tím, než MZ poskytne materiál do připomínkového řízení, ale chystá seminář v poslanecké sněmovně i diskuse odborníků. „Očekáváme odbornou debatu, nejde jen o politickou dohodu,“ podotkl náměstek. Úplný zákaz kouření v restauracích podporuje například šéf sněmovního výboru pro zdravotnictví Boris Šťastný, který na přípravách zákona spolupracuje.

Zákaz na trzích, hřištích a ve školách

Kritici kouření v restauracích argumentují studii Světové zdravotnické organizace (WHO), podle níž se

v zemích s protikuřáckými zákony zdraví obyvatel zlepšilo. Zkušenosti států, kde už se v restauracích kouřit nesmí, pak dokládají, že většině restaurací přibýlo hostů, protože je začali navštěvovat ti, kteří tam dříve kvůli zakouřenému vzduchu nechodili. Podle květnového průzkumu Univerzity Karlovy podporuje úplný zákaz kouření v restauracích 78 % obyvatel ČR.

Martin Plíšek uvedl, že norma také zvýší ochranu před alkoholem a tabákem. Například zvyšuje pokuty za prodej alkoholu mladistvým až na milion korun. Zakáže jeho prodej na tržištích a v automatech, kde by si ho mohli koupit nezletilí. Výjimkou jsou výroční trhy, tradiční slavnosti a diskotéky. Podle přestupkového zákona stoupají rovněž pokuty za kouření ve veřejných prostorách. Zákon zakáže i kouření v prostorách určených pro výuku a výchovu dětí, včetně dětských hřišť. „Debata se zřejmě povede třeba o tom, zda učitelé mohou kouřit v kabinetech, protože tam žáci nepobývají. Ve výchovných ústavech, kde jsou děti stabilně, bude kouření zřejmě zakázáno plošně. Jsme připraveni vést diskuse o detailech,“ dodal Martin Plíšek.

(Mlu, ČTK)

Výdaje MZ v letech 2012 a 2013 (v tis. Kč), vyjma prostředků EU	2012	2013
Provozní výdaje a výdaje na státní správu	1 692 693	1 668 941
Investiční výdaje, z toho dvě třetiny na investice zahájené v předchozích letech	737 493	996 872
Organizační složky státu, zvláštní zdravotnická zařízení a služby (z toho dotace krajům na zdravotnickou záchranou službu)	1 784 029	999 160
Zdravotnické programy (národní zdravotnické programy a programy spolufinancované z EU)	279 399	280 456
Ostatní činnosti ve zdravotnictví (vzdělávání a dotace krajům na lékařskou službu první pomoci)	410 256	814 694
Výzkum a vývoj ve zdravotnictví	1 108 912	1 221 191
CELKEM	6 012 728	5 955 314

(Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR)

Komu přísluší platby testů na návykové látky?

Asociace českých a moravských nemocnic (AČMN) se ohradila vůči stanovisku Nejvyššího soudu ČR (NS) k zákonu o ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Podle výkladu NS by náklady spojené s vyšetřením na tyto látky nemocnicím již nehradila Policie ČR, ale sám podezřelý.

„Stanovisko nejvyššího soudu je sporné již v tom, že výše uvedený zákon sice stanoví povinnost úhrady nákladů na vyšetření v případě přítomnosti alkoholu nebo jiné návykové látky vyšetřované osobě, ale nestanoví úhradu přímo nemocnici. Zde si nejvyšší soud přisvojil právo dopracovávat zákony a nahradil tak zákonodárce,“ kritizuje AČMN přístup NS.

Platit mají i nevinní

AČMN také poukazuje na to, že dle stanoviska NS by vyšetření měly platit všechny osoby s pozitivním výsledkem testu, a to bez ohledu na to, zda se dopustily nezákonného jednání. V případě, že by vyšetřovaná osoba podezřelá z porušení zákona v souvislosti s požitím některé z uvedených látek odmítla uhradit zdravot-

nickému zařízení cenu vyšetření, byla by nemocnice nucena úhradu nákladů sama vymáhat. „Vymáhat úhradu těchto nákladů bychom museli jen na základě přítomnosti alkoholu, aniž by nám bylo známo, zda tím došlo ke spáchání nějakého trestného činu nebo jen přestupku,“ uvedl v tiskovém prohlášení výkonný ředitel AČMN Stanislav Fiala. Podle AČMN by se nemocnice v takových případech mohly před soudem dostat do důkazní nouze. „Mohli bychom prokázat pouze přítomnost návykové látky a to, že o vyšetření požádala policie,“ říká Stanislav Fiala.

Nakonec by vše platila nemocnice

Podle ředitelů nemocnic sdružených v AČMN je nanejvýš prav-

děpodobné, že by soudy v těchto případech své rozhodnutí o úhradě nákladů odložily až do pravomocného rozhodnutí o spáchání trestného činu nebo přestupku.

„Veškeré náklady spojené s vyšetřením by hradily nemocnice a jejich úhradu od podezřelého by mohly obdržet v nejlepší případě až za několik let,“ vyjadřuje své obavy Stanislav Fiala. „Nelze vyloučit situace, kdy by například vyšetření u řidiče zjistilo přítomnost alkoholu do 0,29 promile. To může být u některých osob i přirozený obsah alkoholu v krvi. Ale stanovisko nejvyššího soudu hovoří o jakékoli přítomnosti alkoholu v krvi.“ A právě eventualita, kdy by se neprokázalo, že řidič spáchal nějaký přestupek nebo trestný čin, trápí poskytovatele zdravotních služeb nejví-

ce. V těchto případech by totiž pohledávky za provedená vyšetření nemusely být vymahatelné vůbec a vše by musely zaplatit nemocnice.

AČMN žádá změnu zákona

„Výklad provedený nejvyšším soudem překládá nemalou část nákladů státu na vyšetřování trestné a přestupkové činnosti na zdravotnická zařízení. To nemůže vést k ničemu jinému než k neochotě zdravotnických zařízení příslušná vyšetření provádět,“ predikuje AČMN budoucí přístup jednotlivých nemocnic. „Zdravotnická zařízení jsou povinna provést odběr a potřebná vyšetření, jsou-li k tomu odborně a provozně způsobilá. Provozní způsobilost však může být

ovlivněna i nedostatkem finančních prostředků na ta vyšetření, která nemocnicím zatím nikdo nebude hradit a možná ani neuhradí,“ nastiňuje AČMN možnou budoucí argumentaci zdravotnických zařízení.

Podle mínění Stanislava Fialy není současný problém řešitelný různými právními výklady, nýbrž je potřeba změna příslušných zákonů. AČMN proto ve svém prohlášení vyzývá ministerstvo zdravotnictví a výbor pro zdravotnictví poslanecké sněmovny, aby v této věci konaly.

Mluvíci MZ Vlastimil Sršeň později uvedl, že ministerstvo nebere výtoku nemocnic na lehkou váhu a zákon i rozsudek nejvyššího soudu zkoumá, aby ověřilo, zda je výklad AČMN správný.

Filip Kút Citores

Marihuanu za volantem řidiči podceňují

Účastníci silničního provozu pod vlivem drog ukazují na nebezpečí nové generace konzumentů nelegálních látek. Jejich účinky jsou srovnatelné s opilostí, přesto zatím nefungují preventivní principy, které by před jejich užíváním za volantem varovaly.

Policie v letošním roce odhalila 2500 řidičů, kteří byli pod vlivem drog nebo u nich bylo prokázáno užití nelegální látky. To je o 300 osob více než v roce minulém. Ačkoli jsou výsledky policejních kontrol důležitým mechanismem, který na situaci upozorňuje, nebezpečí konzumace drog v silničním provozu neřeší.

Vysoká tolerance vůči marihaně škodí

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky ale upozorňuje, že tolerance vůči drogám je, zejména u mladé generace, dlouhodobě tak vysoká, že je třeba

ba začít vzdělávat veřejnost a informovat o rizicích. Nejedná se o rychlá řešení, ale o větší koordinovanost tématu, protože čísla ze všech stran ukazují na drogový problém ve společnosti.

„Domnívám se, že nám dorostla generace 90. let, která zaznamenala drogový boom své doby. Tato generace je vysoce tolerantní k užívání drog, zejména marihuany, o které je někdy mylně přesvědčena, že se jedná pouze o léčivou bylinu, a neuvědomuje si její důsledky například právě v souvislosti s řízením vozidel. Marihuana přitom způsobuje snížení pozornosti a je v tomto

ohledu stejně riziková jako alkohol,“ komentuje situaci národní protidrogový koordinátor Jindřich Vobořil.

Nejúčinnější jsou podle něj jednoduché informační kampaně typu: marihuana je za volantem stejně nebezpečná jako alkohol, nesedej za volant, když jsi sjetý nebo bezprostředně po požití drogy, a podobně. Jde o princip tzv. *harm reduction*, tedy minimalizace škod v souvislosti s užíváním drog.

Systém prevence stále chybí

Přestože Česko patří k zemím s nejvyšší konzumací marihua-



Ilustrační foto: Shutterstock

ny v Evropě, nedostatečnými úpravami vztahujícími se k prodeji alkoholu mladistvým je podle Jindřicha Vobořila téma drog a alkoholu stále podceňováno.

„Alkohol a ostatní drogy jsou dnes neoddelitelné. Studie ukazují, že nelegální drogy se u mladé generace váží spíše k nočnímu životu a zábavě. Iniciační, tedy vstupní zkušenosti jsou spojeny s alkoholem, zejména pokud mladí lidé začnou experimentovat již v období základní školy. Přesto zde chybí finance na sys-

témy prevence a léčby,“ doplňuje protidrogový koordinátor, který si částečnou nápravu slibuje také od připravované novelizace zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Novela, která zpříšňuje sankce v případě porušení zákona v podobě prodeje alkoholu nezletilým, čeká v tuto chvíli na schválení (viz str. 4 – „MZ navrhuje úplný zákaz kouření v restauracích“).

(klu)

Komplexní lázeňská péče zůstane zachována

Ministerstvo zdravotnictví vydalo novou vyhlášku o stanovení indikačního seznamu pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči o dospělé, děti a dorost. Norma od 1. října zpřísní podmínky pro úhradu lázeňských pobytů ze zdravotního pojištění.

Lázně budou moci i nadále poskytovat komplexní lázeňskou péči. Vyhláška nově o týden zkracuje základní dobu, po kterou jsou dospělým pacientům hrazeny z veřejného zdravotního pojištění lázeňské pobyty. Místo čtyř týdnů budou nově hrazeny pouze tři. Prodloužení této doby musí

schválit revizní lékař. Doba léčebného pobytu v lázních u dětských pacientů zůstává stejná – 4 týdny. Nově nemusejí na hrazený lázeňský pobyt dosáhnout oběžní pacienti či lidé závislí na návykových látkách a jmenovitě též kuřáci. Až do konce září lékaři budou moci vystavovat svým pacientům do-

poručení pro lázeňskou péči podle stávajících pravidel.

Lázně mírní kritiku

Konečné podobě vyhlášky předcházela řada vyjednávání mezi MZ a poskytovateli lázeňské péče. Provozovatelé lázní vyjadřovali obavu, že nová vyhláška představuje „konec českého lázeňství“ – ostatně stejnojmenná konference se počátkem června uskutečnila i na půdě Senátu ČR a původní návrh kritizoval také místopředseda senátu Petr Pithart (KDU-ČSL), který varoval před přerodem tradičního českého lázeňství v komerční wellness.

Z nejnovějších prohlášení Svazu léčebných lázní ČR je však patrné, že obavy z ukončení tradice českého lázeňství jsou nyní přeci jen mírnější než před několika měsíci a částečného kompromisu nakonec dosaženo bylo. „Svaz léčebných lázní ČR kvituje, že ministerstvo zdravotnictví v konečném důsledku uznalo naše hlavní připomínky a nový indikační seznam zachovává

v systému zdravotní péče plně hrazenou komplexní lázeňskou péči, byť zkrácenou o jeden týden,“ komentoval vyhlášku Svaz léčebných lázní ČR (SLL). Formu komplexní či příspěvkové lázeňské péče budou lékaři moci svým chronicky nemocným pacientům ve většině případů doporučovat opakovaně, tak jako doposud.

Nová možnost dvoutýdenních pobytů

Zástupci SLL si dále pochvalují, že se podařilo dojednat zpřístupnění příspěvkové lázeňské péče širším řadám pacientů, a to díky možnosti čerpat příspěvkovou lázeňskou péči v délce 2 týdnů. Praktičtí lékaři tak nyní budou moci po dohodě s pacientem navrhovat délku lázeňské péče nejen v délce 3 týdnů, ale též v kratší, 14denní variantě. To podle SLL zpřístupní lázně jak nízkopříjmovým skupinám, tak i pracujícím, kteří si nemohou dovolit čerpat 3týdenní dovolenou.

Přestože došlo ke zrušení či omezení některých indikací, části lázeňských zařízení se podle

SLL naopak otevřela cesta k terapii nových onemocnění, jež se u nich doposud léčit nemohla. Další pozitivní novinka se týká dětí, jež mohou v určitých zařízeních nově čerpat lázeňskou péči již od 1,5 roku věku.

Třetí plochy

Navzdory relativně pozitivnímu hodnocení konečné podoby vyhlášky ze strany SLL stále existují sporné body. Jedním z nich jsou například omezení vztahující se na oběžní pacienty. Prezident Svazu léčebných lázní Eduard Bláha v rozhovoru pro Lidové noviny toto opatření ministerstva kritizoval a označil jej za diskriminační vůči lázeňství. „Je logické, že pacient má prokázat, že pro svůj zdravotní stav něco udělá. Je to ale diskriminace jednoho typu péče. Inzulín nikomu neodmítnou, i když nezhubne,“ podotkl prezident Bláha.

Nesouhlasí také s tvrzením ministerstva zdravotnictví, že lázně přijdou v důsledku vyhlášky pouze o 15 % ze 3 miliard korun, jež tomuto segmentu zatím náleží. Lázně prý naopak čekají těžké časy a výpadek by mohl být oproti odhadu MZ až dvojnásobný. Vyhláška totiž kromě zkrácení základní délky pobytu na 21 dní ruší i nárok na opakování pobytu jednou za rok, který dosud platil pro většinu diagnóz. Interval se nyní prodlužuje na 2 roky a navíc pouze v režimu příspěvkové péče, v rámci níž si pacient musí sám platit ubytování a stravu.

Filip Kút Citores

Hlavní změny v lázeňské péči

- **Zkrácení délky komplexní lázeňské péče u dospělých z 28 na 21 dnů.**
- **Stanovení délky lázeňské péče pro děti a dorost na 28 dnů.**
- **Délka příspěvkové lázeňské péče – 21 nebo 14 dnů (dle dohody s lékařem):** Možnost zkrácení 2týdenní příspěvkové lázeňské péče je výhodou i šancí pro ty, kteří by jinak 3týdenní pobyt nemohli absolvovat z finančních důvodů či kvůli nemožnosti čerpat delší dovolenou.
- **Možnost opakování lázeňské péče zůstala zachována:** Lázeňskou léčbu lze opakovat u řady diagnóz formou komplexní lázeňské

péče, v některých případech pouze péče příspěvkové. Možnosti opakování lázeňské léčby u jednotlivých indikací přesně definuje indikační seznam. Při posuzování nároku na lázeňskou péči se do celkového limitu opakovaných pobytů budou započítávat pobyty uskutečněné od 1. října 2009.

● **Přiležitost pro rozšíření diagnóz pro dospělé i děti:** Přes omezení, jež vyhláška nově zavádí (např. zrušení edukačních pobytů pro diabetiky), rozšiřuje řadě lázeňských míst možnosti léčby o nové indikace, jak pro dospělé, tak i pro děti.

(Zdroj: Svaz léčebných lázní ČR)

MZ vyčíslilo cenu špatného životního stylu Čechů

Podle ministra zdravotnictví Leoše Hegera (TOP 09) se zdravotní stav obyvatelstva neustále zhoršuje a léčba chorob způsobených špatným životním stylem stojí české zdravotnictví až 30 miliard korun ročně.

Neuspokojivou situaci je třeba začít řešit nejprve u českých dětí, na jejichž špatný životní styl poukázala i Světová zdravotnická organizace (WHO) ve své Mezinárodní zprávě o zdraví a životním stylu dětí a školáků.

Dlouhodobě podceňovaný sport

Ministerstvo zdravotnictví spatřuje řešení špatné situace pře-

devším ve zlepšení financování sportu, ale vedle toho také v omezení dostupnosti cigaret a alkoholu.

„Děti si špatné návyky ponесou s sebou po celý život. Připravili jsme proto novou normu týkající se ochrany před škodami způsobenými návykovými látkami, jejímž cílem je snížení dostupnosti tabákových výrobků a alkoholu a zákaz kouření v restau-

racích a na veřejných místech,“ řekl ministr zdravotnictví.

Mezinárodně platná doporučení pro pohybovou aktivitu činí 60 minut denně, což u nás nesplňují tři čtvrtiny dětí. Jednoznačnou prioritou by tedy nyní měla být podpora sportovních aktivit. Přesto však finance, jež stát na tuto oblast vynakládá, spíše klesají. Potvrzuje to i studie, kterou si nechal u poradenské spo-

lečnosti KPMG zpracovat Český olympijský výbor (ČOV). „Studie poukázala nejen na to, že české děti nesportují, ale i na to, že sport má u nás špatné finanční zázemí, přičemž výše prostředků, které se do něj investují, stále klesá,“ upozornil místopředseda ČOV Jiří Kejval.

Ministr Heger si je vědom toho, že uvedené statistiky se zpětně promítají i do zdraví celé populace. MZ by proto rádo přispělo k předefinování dlouhodobé podpory sportu v Česku, a to včetně jeho financování.

Investice do prevence se vyplatí

Následky nezdravého životního stylu stojí stát nemalé peníze. Podle ministra přijde jen léčba pacientů, kteří onemocní v důsledku kouření, v odhadu na 8

miliard korun ročně. Lepší životospráva Čechů by pak prý celkově mohla ušetřit našemu zdravotnictví až 30 miliard ročně. Například léčba oběžných jedinců stojí, podle údajů ministerstva, až o 30 % více než u lidí s normální tělesnou hmotností. Roční náklady VZP na léčbu jednoho oběžního pacienta dosahují k hranici 100 tisíc korun.

Zlepšení zdravotní úrovně a úsporu nákladů má přinést nová koncepce prevence nemocí a podpory zdraví, jejímž cílem je sdílet odpovědnost všech složek společnosti pod odbornou a koordinační rolí ministerstva zdravotnictví. V příštím roce také poputuje 280 milionů korun na projekty prevence a podpory zdravého životního stylu (viz str. 4 – „Ministerstvo příští rok vydá více na vědu a výzkum, záchranky a LSPP“). (fkc)

Radiologové: Odmítáme další pokles úhrad rtg

Grémium ambulanti radiologie a Sdružení nestátních ambulantních radiodiagnostiků nesouhlasí s dalším poklesem úhrad radiologické péče. Pokud pojišťovny ke snížení její ceny přistoupí, začnou podle radiologů jejich pracoviště zanikat ve velkém.

Do ukončeného dohodovacího řízení o úhradách za péči pro rok 2013 přišly Grémium ambulanti radiologie (GAR) a Sdružení nestátních ambulantních radiodiagnostiků (SNAR) se společným kompromisním návrhem. Základní hodnotu bodu sdružení stanovila na 1,15 Kč, kde je porovnávacím obdobím příslušné pololetí roku 2012, a vymezila také případné regulační srážky vztažené k průměrným nákladům na ošetřeného pacienta.

„Jednoznačně odmítáme reálný pokles ceny, jako se tomu stalo pro rok 2012. Námí navržená hodnota bodu pro rok 2013 nezohledňuje ani skutečný pokles za posledních 5 let zpět. Nemůžeme nadále rezignovat na negativní dopady fiskální politiky státu, kdy se bez jakékoli kompenzace zvýšila saz-

ba DPH a další náklady dané novými zákony,“ ohradili se předseda GAR Petr Máca a předsedkyně SNAR Eva Hledíková.

Současná ekonomická praxe dle nich odporuje proklamacím o podpoře ambulantní sféry, sdružení proto vyzývají zdravotní pojišťovny i ministerstvo zdravotnictví ke zohlednění ekonomické reality ambulantní radiologie.

Pokles o 12% povede k zániku center

Sdružení shodně popírají námitky zdravotních pojišťoven i MZ k rostoucí nákladovosti celého segmentu péče. „Vyžádaná cílená analýza potvrdila stagnující či klesající podíl i absolutní počet pacientů a vyšetření v čistě ambulantních pracovištích radiologie. Přes sku-

tečnost, že zástupci zdravotních pojišťoven naše argumenty nepochybnili, pak sami přišli s návrhem poklesu úhrad o dalších 12 procent,“ stěžují si představitelé ambulantních radiologů. Upozorňují také na fakt, že – s vědomím nezastupitelné role tohoto druhu

péče – nikdy nepřistoupili k protestům či nátlakovým akcím.

„Ambulantní radiologie se nadále stává ekonomicky neprovozovatelnou, celý segment se dostává do neřešitelné ekonomické situace. GAR i SNAR konstatují, že v době narůstajících nákladů je vyžá-

daný diagnostický komplement – radiologie a laboratorní metody – jediným, komu úhradová vyhláška pro letošní rok způsobila čistý pokles ceny práce,“ upozorňují radiologičtí specialisté, kteří se obávají zániku významného počtu pracovišť. Další pokles úhrad pro rok 2013 by podle nich již radiologie nezvládla. Navíc by prý zanikaly i další bezprostředně navázané odborné ambulance, jež jsou na rtg závislé.

Petra Klusáková

Chrudimské nemocnici možná pomůže Hlinsko

Ředitel Chrudimské nemocnice Tomáš Vondráček a radní Pardubického kraje pro zdravotnictví Martin Netolický hledají pomoc u spádových měst.

„Naší nemocnici se už podařilo zlikvidovat staré dluhy spojené s přechodem příspěvkové organizace na akciovou společnost a problémy se závazky se lepší. Nyní se snažíme získat prostředky na nákup přístrojů na vyšetření žlučových cest, slinivky a střev, na ultrazvuk

srdce a jícnovou sondu,“ uvedl ředitel Vondráček.

Každoročně nemocnicí v Chrudimi projdou přibližně 3 tisíce obyvatel Hlinska. V minulosti se město podílelo například na rekonstrukci jednotky intenzivní péče. Radní a ředitel proto navštívili i starostku

Hlinska a požádali ji o pomoc při financování přístrojového vybavení nemocnice. „Město spolupráci neodmítá a určitě se tím na základě dalších jednání budeme spolu s naší radou a zastupitelstvem zabývat,“ uvedla starostka Hlinska Magda Křivanová.

(ISO)

Inzerce A121007648

 **artesa**

INVESTUJTE VÝHODNĚ A S GARANCÍ

Artesa je jedním z kapitálově nejsilnějších spořitelních družstev v České republice.

Založte si **TERMÍNOVANÝ VKLAD** nebo **SPOŘICÍ ÚČET** a získejte:

- * nadstandardní úrokovou sazbu
- * vedení účtu zdarma a bez skrytých poplatků
- * bezplatný výběr 20 % vkladu na spořicímu účtu 1x ročně

www.artesa.cz

**ÚROKOVÁ
SAZBA**

až 4,3 % p.a.
při vkladu na 1 rok

Vklady jsou ze zákona pojištěny
do hodnoty odpovídající 100 000 EUR

Artesa, spořitelní družstvo

zelená linka: 800 128 836, e-mail: info@artesa.cz

České zdravotní pojišťovny mají nejlevnější provoz

Zdravotní pojišťovny v ČR mají podle OECD nejnižší provozní náklady v Evropě. Z původních 12 % klesly za posledních dvacet let až na 3,2 %. Přitom administrativa podle prezidenta Svazu zdravotních pojišťoven Jaromíra Gajdáčka stoupla o 30 %.

Nejvíce si podle OECD berou na provoz pojišťovny v Německu, a to 6,8 %. Podle poradce MZ Pavla Vepřeka by však nemělo být cílem další snižování peněz na provoz, nýbrž růst efektivity fungování pojišťoven.

„Pojišťovny v Česku dávají na svůj provoz ve srovnání s ostatními opravdu minimum. Rozsah agend je přitom podobný. Někdy mají zahraniční pojišťovny širší záběr, třeba v Německu vyplácí také nemocenskou,“ říká Pavel Vepřek.

Prodraží se jediná pojišťovna?

Kraje vedené ČSSD nyní prosazují, aby ministerstvo zdravot-

nictví prostředky na provoz pojišťoven od září ještě snížilo. Tvrdí, že nyní činí 3,7 %, a když klesnou o 0,7 %, ušetří se ročně 600 milionů. Pokud klesnou na 2 %, ušetří se prý až 3,6 miliard. Kraje tak chtějí získat peníze na zvyšování platů ve svých nemocnicích.

Podle Pavla Vepřeka by se za provoz neušetřilo ani v případě, že by místo osmi zdravotních pojišťoven fungovala v ČR pouze jedna. I takové návrhy se totiž v minulosti objevily. „Naopak, bylo by to ještě dražší,“ domnívá se poradce. Pojišťovny se podle něj více snaží o efektivitu právě proto, že jsou v konkurenčním prostředí. „Pojišťovny vznikly proto,

aby dobře spravovaly náklady na zdravotní péči. Když budeme mít pojišťovnu jednu, nebude jí na tom záležet. A když nebude mít peníze, natáhne ruce ke státu nebo omezí péči,“ varuje.

Všeobecná zdravotní pojišťovna má přes 6 milionů pojištěnců, největší zaměstnanecká pojišťovna – ZP ministerstva vnitra (ZPMV) – přes milion. Pokud by v zemi fungovala jediná pojišťovna, musela by obstarat 10,5 milionu pojištěnců. „Náklady na

vnitřní řízení velké firmy jsou větší než u firmy malé, takže spojením by se nic neušetřilo,“ dodává Pavel Vepřek.

Provozní náklady ze zákona

Ředitel ZPMV a zároveň prezident Svazu zdravotních pojišťoven ČR Jaromír Gajdáček upřesňuje, že procenta na provoz se počítají z celkových příjmů. Na Slovensku provozní náklady činí 3,5, v Británii 4,1, v Belgii 4,5, v Ni-

zozemsku 4,8, ve Francii 5,5, ve Švýcarsku 6,6 a v Německu 6,8 %. „V Evropě v současnosti neexistuje obdobný systém, který by pracoval s takovou nákladovou efektivitou,“ chválí české pojišťovny Jaromír Gajdáček.

Případné omezování provozních prostředků by podle něj mohlo ohrozit zajištění všech činností, které jsou zdravotním pojišťovným svěřeny. Až 87 % provozních nákladů totiž přímo souvisí s činnostmi, které pojišťovným ukládá zákon. Vedle kontroly výběru pojistného je to revizní činnost, smluvní politika, ekonomické operace, provoz IT, servis pro pojištěnce a náklady na mezistátní vyúčtování zdravotní péče. Zbýlých 13 % putuje na vzdělávání, procesy řízení kvality, informace pro zdravotnická zařízení a plátce pojistného, náklady na provoz národního referenčního centra, odborné konference a investice.

(Klu, ČTK)

Srovnání provozních nákladů zdravotních pojišťoven v ČR a některých evropských státech (rok 2011)

Země	Česko	Slovensko	Nizozemsko	Francie	Švýcarsko	Belgie	Německo	Británie
Procento	3,2	3,5	4,8	5,5	6,6	4,5	6,8	4,1

(Zdroj: Svaz zdravotních pojišťoven ČR)

Reoperace umělých kloubů za poslední dekádu stály přes miliardu

Revizní operaci umělého kloubu podstoupilo v uplynulých deseti letech 12 662 pacientů. Zdravotní pojišťovny tyto opakované zákroky podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) stály 1,1 miliardy korun.

Mezi hlavní příčiny, proč chirurgové musejí již implantované klouby opětovně měnit, patří uvolnění kloubních komponent a infekční komplikace.

Ortopedi Oldřich Čech a Valér Džupa ve své knize „Revizní operace náhrad kyčelního kloubu“ upozorňují na fakt, že na mnoha ortopedických pracovištích v Česku i v zahraničí tvoří reimplantace kyčelního kloubu až 20 % z celkového počtu implantovaných endoprotéz. Odborníci na rehabilitační péči pak dodávají, že delší životnosti endoprotéz napomáhají mimo jiné moderní rehabilitační metody, jež tak zdra-

Rok	Počet revizních operací
2002	144
2003	1016
2004	1076
2005	1219
2006	1209
2007	1610
2008	1628
2009	1669
2010	1606
2011	1445
Celkem	12 662

(Zdroj: ÚZIS)

voznímu systému šetří finanční prostředky.

Z lůžka na lůžko

„Aby pacient snížil riziko revizní operace kloubů, je nutná včasná a bezodkladně zahájená rehabilitace. Ta musí být intenzivní a odborně řízená. Zároveň je nutné, aby pacient svému stavu přizpůsobil také každodenní život po rehabilitaci,“ vysvětluje lékařský ředitel Lázní Darkov Jaroslav Mikula.

Osvědčeným trendem rehabilitační léčby je časná komplexní péče, která probíhá v láních formou přímého překladu „z lůžka

Naše čtenost dosáhla 65 tisíc čtenářů

Vážení čtenáři!

Rádi bychom se s vámi podělili o radostnou zprávu. Podle posledního Media projektu (MP), tedy výzkumu odhadů čtenosti tisku, stoupla čtenost časopisu Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN na 65 000. Znamená to tedy, že každý výtisk těchto tradičních novin pro zdravotníky si přečetlo 65 tisíc z vás.

V meziročním srovnání tak naše noviny našly 76 % nových čtenářů. Jsme rádi, že nám zachovávejte přízeň, že nás odebíráte a čtete, a moc vám za to děkujeme. Z časopisů určených pro odborníky ve zdravotnictví jsou právě naše noviny jediné, které se to-

hoto oficiálního sledování pravidelně zúčastňují.

Výzkum odhadů čtenosti tisku Media projekt je na českém tiskovém trhu dlouhodobě zavedeným „one currency“ výzkumem“ zjišťujícím sledovanost tiskových titulů v populaci ve věku 12–79 let. Výsledky tohoto výzkumu se používají při mediálním plánování kampaní pro tisková média. Výzkum realizují společnosti GfK Praha a Median, jeho zadavateli jsou Unie vydavatelů a Asociace komunikačních agentur (AKA), metodickým koordinátorem pak Sdružení komunikačních a mediálních agentur v ČR (SKMO).

redakce

na lůžko“, kdy je pacient z nemocnice přepraven přímo do lázeňského střediska. „Před 30 lety jsme na odborné frontě podstupovali veliké boje s novým pojemním rehabilitace, kdy je pacient přímo z nemocnice přemístěn na lázeňské lůžko. Konzervativní postupy nechávaly pacienta dlouho v klidovém režimu. To,

co dnes zvládneme za 6 týdnů, tenkrát trvalo 6 měsíců a s horšími výsledky. Výsledkem nového přístupu je nejen úleva pro opeřované, ale i obrovské úspory ve zdravotnictví. Za posledních 10 let se nám podařilo úspěšně zrehabilitovat téměř 20 tisíc pacientů,“ komentuje rehabilitační program Jaroslav Mikula. (Klu)

Pavilon na Bulovce se pronajme.

Provozovatel ale není jistý

Nový pavilon v Nemocnici Na Bulovce, který stál Prahu zhruba 300 milionů korun, se bude pronajímat za 7 milionů korun ročně. O provozovateli by Rada hlavního města Prahy měla rozhodnout na konci srpna, uvedl to radní pro zdravotnictví Ivan Kabický (ODS).

Nemocnice Na Bulovce má o pronájem zájem a chce do nového pavilonu přestěhovat laboratoře mikrobiologie, parazitologie, hematologie a pohotovost pro dospělé.

Do uvolněných ordinací by se mělo přemístit středisko prevence a léčby drogových závislostí Drop In, kterému v srpnu končí nájem v centru Prahy. Už teď je ale jasné, že stěhování neproběhne v termínu, protože prostory pro Drop In mají být připraveny až v prosinci. Starosta Prahy 1 Oldřich Lomecký přitom již dříve uvedl, že smlouvu Drop Inu prodloužit nehodlá.

Pomůže mobilní sanitka

Dočasným řešením by mohlo být mobilní pracoviště Drop In. Otázkou ale zůstává, zda jej magistrát zajistí včas. „Praha 1 buď prodlouží smlouvu, nebo magistrát zajistí mobilní sanitku,“ uvedl vedoucí lékař Drop In Jiří Presl. Pacienti podle něj rozhodně nemohou „zůstat na ulici“.

Radní pro oblast zdravotnictví Ivan Kabický (ODS) potvrdil, že se o obou variantách jedná. Praha 1 si ale podle mluvčí Veroniky Blažkové za výpovědi z nájmu stojí. Také Jiří Presl si myslí, že sanitka je v této chvíli nejvhodnějším vý-

chodiskem. „Jde ovšem o řešení dočasné,“ upozornil adiktolog. „Můžeme to vnímat jako pilotní projekt, který by v budoucnu mohl doplňovat služby stálé ordinace.“

Bulovka možná pod správou města

Hlavní město Praha vlastní v areálu Nemocnice Na Bulovce zhruba 70 % budov a pozemků, za něž zdravotnické zařízení platí sym-

bolické nájemné ve výši 10 tisíc Kč. Pražští radní chtěli nájem navýšit na řádově desítky milionů, primátor ale nedávno uvedl, že nejdříve se musí rozhodnout o celé koncepci pražského zdravotnictví. Město před pár měsíci požádalo MZ o převzetí několika prodělečných zařízení, včetně Bulovky. Jasně má být během několika týdnů. (iso, klu, ČTK)

Chyby v tendrech se objevily v Olomouci i na jihu Čech

Úřad pro ochranu hospodářské soutěže (ÚOHS) zrušil tendr na dodávku průtokového cytometru, který vyhlásila Fakultní nemocnice Olomouc. Úřad zasahoval i u výběrového řízení na dodávky kancelářských potřeb a dezinfekčních prostředků pro a. s. Jihočeské nemocnice.

V případě společnosti Jihočeské nemocnice se její zástupci hájí tím, že šlo jen o drobné administrativní pochybení, přesto ÚOHS část 30milionového tendru zrušil. Zakázku společnost vypsalala loni v dubnu. V zadávací dokumentaci byly uvedeny kancelářské potřeby vyráběné konkrétní firmou a prostřednictvím kódu výrobku odkazovala také na konkrétního dodavatele, což je v rozporu se zákonem o veřejných zakázkách.

Snížení cen díky jednání

Podle předsedy představenstva Jihočeských nemocnic Martina

Bláhy společnost se závěrem úřadu nesouhlasí a podala proti němu rozklad. K zadávací dokumentaci byly údajně pouze přiloženy poznámky úřednice, která ji zpracovávala.

„Za toto drobné pochybení nám ÚOHS uložil pokutu ve výši 10 tisíc korun, úspory ve všech nemocnicích přitom dosahují řádově milionů korun ročně. Obchodním jednáním bylo v minulosti dosaženo snížení cen na nejnižší nabízené u současného tendru, čímž všechny jihočeské nemocnice k dnešnímu dni ušetřily bezmála 6 milionů,“ uvedl předseda představenstva.

Porušení zásad transparentnosti

Fakultní nemocnice Olomouc zase musela na příkaz ÚOHS zrušit celou zakázku na dodávku cytometru se třemi lasery pro hemato-onkologickou kliniku. „Technické podmínky a jiné požadavky zadavatele obsahují odkaz na specifické označení zboží, aniž by tento odkaz byl odůvodněn předmětem veřejné zakázky,“ uvedl v rozhodnutí předseda ÚOHS Petr Rafaj. Nemocnice je kromě zrušení řízení sankcionována i tím, že musí zaplatit náklady řízení ve výši 30 tisíc korun. (iso, ČTK)

Krátce z domova

Sokolov zprovozní iktové centrum do konce roku

Výběrová komise ministerstva zdravotnictví přidělila Nemocnici Sokolov dotaci ve výši 20 milionů korun na dokončení projektu iktového centra. To začali v Sokolově budovat začátkem roku 2011. Finance byly poskytnuty z programu IOP a mají být použity na vybavení centra přístrojovou technikou. Jedná se například o defibrilátory, ultrazvuková zařízení nebo přístroje pro funkční terapii, zakoupit se mají také nová resuscitační lůžka, transportní lůžka a antidekubitní matrace. Stavební úpravy, které nemocnice dokončí v prosinci 2012, budou pokryty z vlastních zdrojů. Součástí centra bude i navazující rehabilitační oddělení.

Energeticky soběstačná Nemocnice Boskovice

Vlastní fotovoltaickou elektrárnu, umístěnou na střeše budovy, bude od nového roku provozovat Nemocnice Boskovice, uvedl to mluvčí boskovické radnice Jaroslav Parma.

Město Boskovice, které je majitelem nemocnice, bude celý projekt stát přibližně 1,5 milionu korun. Nemocnice tak pokryje veškeré potřeby energie, navíc je už nyní domluveno s externím dodavatelem, že přebytek energie bude odkoupen. Na podzim by mělo být známo, kolik nemocnice projektem ušetří. Jisté je, že bude patřit mezi první energeticky soběstačná zdravotnická zařízení na jižní Moravě. O postavení solární elektrárny uvažuje kvůli úsporám i Fakultní nemocnice Brno.

Pacienti ocenili vstřícnost podřípského personálu

Dvakrát do roka pořádá Podřípská nemocnice v Roudnici nad Labem anketu spokojenosti mezi pacienty. Průzkum z prvního pololetí ukázal, že pacienti oceňují zejména individuální přístup k hospitalizovanému.

Ze 378 pacientů, kteří se anonymního průzkumu zúčastnili, 92% uvedlo, že při nástupu do nemocnice byli lékařem dostatečně informováni o svém zdravotním stavu. Celkem 97% pacientů bylo spokojeno s průběhem vizit a 98% jich ocenilo, že v průběhu hospitalizace bylo dostatečně respektováno jejich soukromí. Podřípská nemocnice disponuje čtyřmi primáriaty, její součástí je také léčebna dlouhodobě nemocných.

(iso)

Dotaci 36 milionů si rozdělí dvě středočeské nemocnice

Středočeskí radní přidělili dotace nemocnicím v Benešově a Mladé Boleslavi. 7 milionů využije mladoboleslavská nemocnice k vybudování ředírny látek k léčbě nádorových onemocnění, za zbývajících 29 milionů bude zakoupena magnetická rezonance do Benešova.

Renovaci mladoboleslavského oddělení pro výrobu látek pro chemoterapii doporučil Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL). Onkologové zde provedou na 6 tisíc vyšetření ročně a u 1200 pacientů doporučí chemoterapii. Přestavba

oddělení proběhne od října do prosince, jeho provoz přitom nebude omezen. V Benešově zaplatí za magnetickou rezonanci celkem 39 milionů, město tak doplatí 10 milionů. „Rada souhlasila se zdůvodněním, že

tento přístroj je zcela nezbytný pro provoz zdravotnických zařízení obdobného typu a velikosti jako benešovská oblastní nemocnice,“ uvedl mluvčí Středočeského kraje Milan Smutný.

(iso, ČTK)

ROZHOVOR

Když má pacient jiná práva než pojištěnec

Pacienti, které nikdo nechce léčit, a nemocnice, které nepřijímají pacienty. Dlouhé čekací lhůty na operace a nejasnosti v hrazení péče... O faktorech ovlivňujících aktuální i budoucí podobu zdravotní péče hovoříme se specialistou na zdravotnické právo **JUDr. Ondřejem Dostálem**.



Jaké největší problémy vnímáte v souvislosti s novým zákonem o zdravotních službách?

Jedním z velkých problémů je nedostatečné provázání zákona o zdravotních službách s právními předpisy, které upravují úhradu zdravotní péče. Špatná je zejména provázanost se zákonem o veřejném zdravotním pojištění. V zákoně o zdravotních službách se hovoří o „právech pacienta“, ale ta se ještě nemusí nutně krýt s „právy pojištěnce“ v zákoně o veřejném zdravotním pojištění. Celá regulace zákona o zdravotních službách, včetně nově zakotvených práv, se totiž týká „pacienta“ – a pacientem je každý, kdo čerpá zdravotní služby.

Nikde ve zmíněném zákoně však není napsáno, že by pacient měl na vše právo bezplatně. Ačkoli pacient podle zákona o zdravotních službách má právo na to, aby měl třeba blízkou osobu u porodu, v katalogu práv pojištěnce dle zákona o veřejném zdravotním pojištění nic takového uvedeno není. A pouze práva „pojištěnce“ jsou hrazena ze zdravotního pojištění. Pokud tedy máme některé právo v katalogu práv „pacienta“ a nemáme jej v katalogu práv „pojištěnce“, pak to nelze vykládat jinak, než že náklady v takových případech pojišťovna nehradí.

Takže je tu nesoulad mezi právy pojištěnce a právy pacienta...

Přesně tak. A ten se nám velmi silně projeví i v blízké budoucnosti tam, kde zákon o zdravotních službách stanovuje povinnosti pacienta. Podle zákona o zdravotních službách musí pacient dodržovat individuální léčebný plán a režim. Zůstává otázkou, jaký bude mít porušení těchto povinností vliv na čerpání péče „zadarmo“.

Zákon o zdravotních službách dává nemocnici v § 48 právo ukončit péči o pacienta, který neposkytuje součinnost, nejedná-li se o péči neodkladnou. Zákon „o pojištění“ však zachovává právo zvolit si smluvní nemocnici, přičemž toto právo pojištěnce není nijak omezeno, byl-li již předtím pacient z péče pro nespouplivost vyloučen; zákon neříká nic v tom smyslu, že si

pojištěnec připlatí, když jako pacient poruší léčebný režim. Je otázkou, zda si pacient může zcela bezplatně zvolit jinou nemocnici, nebo dokonce znovu tutéž a mít péči opět hrazenou ze zdravotního pojištění. Pokud by tomu tak bylo, možnost ukončit péči podle zákona o zdravotních službách by byla úplně bezzubá. Patrně neobstojí alternativní výklad, že by nedodržování léčebného režimu nějakým způsobem zrušilo nárok pojištěnce i nadále využívat služby veřejného zdravotního pojištění. Vzniká tak chaos v provázání práv a povinností pacienta a práv a povinností pojištěnce.

Můžete uvést příklad?

Jasným příkladem porušení léčebného režimu jsou lidé, kteří nerespektují zákaz kouření, kdy kouření výrazně prodlouží dobu jejich hospitalizace, a tedy se prodraží. Obdobně u obézních lidí, kteří nedodržují nařazení lékaře upravit kvůli léčbě stravovací návyky. Podle mě tento problém měl být vyřešen hned na začátku reformy. Pacient získal právo na autonomní volbu, má právo odmítnout potřebnou péči a má právo se neléčit. Ovšem je otázkou, zda tak může činit na úkor solidárních peněz. Zatím žádná sankce, která by pojištěnce zbavovala nároků na bezplatnou léčbu, není.

Existuje nějaké řešení?

Jsou v zásadě dvě možnosti jak problém udržitelným způsobem řešit. Buď budou mít všichni všechno „zadarmo“, ale budou se muset podřídit požadavkům efektivního čerpání péče, což je takový ten „totalitní“ model. Druhý způsob je založen na svobodě pacienta. Avšak v případě, kdy ji pacient reálně odmítne, tj. odmítne nařazení lékaře, to pro něj bude mít finanční dopad, neboť si bude muset připlatit na zvýšené náklady, jež svým rozhodnutím způsobí. Zákonodárce vyhověl dlouholetému požadavku praxe umožnit ukončení péče o pacienty nedodržující léčebný režim, ale obávám se, že nemá politicky ujasněno, co se pak s „neposlušným“ pacientem stane. Možnosti jsou: „Nespolupracoval jsi, ztrácíš

nárok na další bezplatnou léčbu, zaplat, nebo zemřít!“ Nebo: „Nespolupracoval jsi, neevadí, stejně máš právo se nadále bezplatně léčit.“

Osobně jsem zastáncem kompromisní varianty: „Nespolupracoval jsi, můžeš se léčit nadále, ale zaplat přírůstek k pojistnému.“ Takový pojistný malus by mohl nahradit současné regulační poplatky, které shodně platí zodpovědní i nezodpovědní pacienti. V tomto smyslu postrádají jakoukoli regulační funkci, jde o dodatečné zdanění nemocných. Ve větším souladu se smyslem Ústavy by bylo umožnit zodpovědným péči bez poplatků, ale o to více zpoplatnit léčbu těch, kteří z vlastní vůle solidárními prostředky plývají.

Jak se díváte na rušení či slučování zdravotnických zařízení?

Jestliže některé nemocnice nebudou zařazeny do smluvní sítě, tedy pojišťovna s nimi neuzavře smlouvu, bude ji muset vlastník provozovat pro přímo platící klientelu, nebo ji bude muset zavřít. Pojištěnci pak mohou žalovat svoji zdravotní pojišťovnu a podávat na ní stížnosti, když jim nezajistí dostatečně hustou smluvní síť zdravotnických zařízení, vzhledem k nařízení vlády o časové a místní dostupnosti.

Zatím však ještě nic takového nastalo. Smlouvy mají roční výpovědní lhůtu a byly nemocnicím pojišťovnami vypovězeny v roce 2012, takže tento problém může nastat, respektive se projevit, až od 1. ledna 2013.

Mohlo by dojít k omezení kvality péče?

Úderem půlnoci Silvestra 2012 skončí bezplatná péče v těch nemocnicích, které nebudou mít uzavřenou smlouvu s pojišťovnou svých pacientů. První vteřinou nového roku bude muset nemocnice pacienta poučit, že veškerou péči, která není nutná a neodkladná, si bude muset zaplatit, nebo bude muset z té nemocnice odejít na revers.

Za větší problém ale považují situaci, kdy nemocnice sice smlouvu má, ovšem vyplývají z ní limity

na úhrady. Zaměstnanci nemocnice tak jsou někdy vedením tlačeni k tomu, aby pacienta o moderních účinných, ale drahých metodách neinformovali, protože by jejich užitím limit přečerpaly. Tento problém je posledních několik let stále akutnější, zejména u pacientů s nákladnými onemocněními.

Mohou se pacienti bránit?

Existuje Linka zdravotních pojištěnců, na jejímž provozu se podílím a kam lidé mohou zavolat. Linka je občanskou poradnou a funguje na čísle 800 227 777. Lidé nás mohou kontaktovat také e-mailem: linka@zdravotnipojistenci.cz

Jakými problémy se na této lince nejvíce zabýváte?

Nedávno jsme řešili případ pána s velkými problémy s kyčelním kloubem. V prosinci 2011 byl vyšetřen, ale operace byla naplánována až na leden 2013. Taková situace je ekonomicky i lidsky nelogická. Pacient-pojištěnec si péči svými odvodů předplatil a systém veřejného zdravotního pojištění mu ji bezdůvodně nechce poskytnout. Dříve pracoval, ale teď nemůže a dostává sociální dávky a pojistné za něj platí stát. Veřejné fondy tak tratí na ušlých daních a na nákladech sociálního zabezpečení podstatně více, než by stálo pacienta promptně odléčit.

Podobné případy jsou v praxi běžné. V takových kauzách vstoupíme do jednání s managementem nemocnice a pojišťovnou, a když nám nevyjdou vstříc, podáváme žalobu, aby nemocnice splnila svoji povinnost a léčila na účet zdravotní pojišťovny bezodkladně, vzhledem k medicínským potřebám léčeného. V těchto případech je pacient jednoznačně v právu.

A co třeba případy pacientů s roztroušenou sklerózou?

Léčba tohoto onemocnění je drahá, ale udržuje nemocné mimo invaliditu. Aby léčba byla efektivní, je třeba nasadit léky do tří měsíců od momentu indikace nemoci. Řešili jsme případy, kdy lidé čekali třeba rok, protože nemocnice měla limit čerpání peněz od zdravotní pojišťovny a v případě jeho přečer-

pání by dodatečně pacienty léčila na svůj účet.

Je dobře, že v zákoně o veřejném zdravotním pojištění je nově uvedeno, že pokud pojišťovna nezajistí dostupnost zdravotní péče pro své pojištěnce, je možné si stěžovat na ministerstvu zdravotnictví, které může uložit pojišťovně pokutu až 10 milionů korun. Jsem pevně přesvědčen, že zajištěním péče zákon nemyslí pouze situaci, kdy pojišťovna má smlouvu se zdravotnickým zařízením, ale také to, že pojišťovna aktivně kontroluje, jestli všichni její klienti péči skutečně dostali.

A váš názor na řešení?

Především by to vyžadovalo výrazně ztransparentnění vztahu mezi pojišťovnou a nemocnicí. Obávám se však, že je tady bohužel obrovský prostor ke korupci a peníze jsou tou tichou politickou zábranou, aby se s tím něco dělalo. Například ministerstvo minulý rok zavedlo takzvané DRG – platbu podle případového paušálu. Jedná se o platbu za odleženého pacienta. Za stejnou diagnózu by správně každá nemocnice měla dostat v zásadě rovnou platbu, ale víme, že se platby různým nemocnicím mohou různit v řádu stovek procent. Navíc to není tak, že by peníze následovaly pacienta, ale po vyčerpání určitého objemu za rok už je tam strop a nemocnice nemá motivaci další pacienty přijímat.

Objemovou regulaci považují za protiústavní. Parlament může určit zákonem rozsah hrazené péče, ale nikdo nezmocnil ministerstvo ani pojišťovny, aby dále omezovaly její dostupnost, a to přímo ani nepřímo ekonomickým tlakem na nemocnice. Zdá se, že nejnovější rozsudek Ústavního soudu tuto tezi potvrzuje... Pokud je systém DRG nastaven dobře, východiskem by bylo zavést princip rovné úhrady, rovné základní sazby pro všechny poskytovatele bez neúvodných individuálních zvýhodnění. To by přineslo úsporu, která by umožnila uvolnit roční omezení, aby peníze skutečně následovaly pacienta a nemocnice by neměla důvod nepřijímat pacienty. Ale tento krok se neudělal. **Jana Terová**

Ministr podlehl iluzi jedinečnosti

Univerzitní nemocnice nemůže být přece ničím jiným než jen univerzitní nemocnicí, říká ministerstvo zdravotnictví. To je špatně.

Leoš Heger si chce do seznamu prosazených změn ve zdravotnictví udělat další fajfku. Ve vládě získal podporu pro věčný záměr zákona o univerzitních nemocnicích. Jestliže se záměr podaří dotáhnout do konce, připíše si ministr další reformní úspěch, který si jeho předchůdci hlásící se k podobným reformám připsat nedokázali.



Martin Čaban

stoupí do popředí, když si vzpomeneme na debaty, jež kolem návrhu zákona o univerzitních nemocnicích musel absolvovat bývalý ministr za ODS Tomáš Julínek. Ten narážel na tvrdý odpor především proto, že chtěl, aby univerzitní nemocnice přijaly právní formu akciových společností. Jeho protivníkům z řad levice a lékařské komory se ovšem podařilo vzbudit dojem, že přechod na právní formu akciové společnosti je totéž jako příprava k nevyhnutelné privatizaci – a ministr Julínek měl utrum. Nakonec nenášel podporu ani ve vlastní koalici,

ani v akademické obci a zákon putoval k ledu.

Leoš Heger nyní přichází s návrhem, který červený hadr v podobě akciových společností neobsahuje. Zato navrhuje, aby univerzitní nemocnice dostaly zcela svébytnou, dosud nevídanou a novou právní formu – univerzitních nemocnic. Takový nápad ale na sto honů nevoní.

Na jedné straně se ministr zcela správně snaží narovnat prostředí zdravotního pojištění a dostat všechny zdravotní pojišťovny – včetně privilegované VZP – pod jednu legislativní střechu, na straně druhé ovšem bude zákonem taxativně vyčleňovat několik českých nemocnic, které dostanou zvláštní právní

formu, o níž dosud nikdo nikdy neslyšel?

Proti pravicovému kánonu

Fakultní nemocnice odvádějí v českém zdravotnictví vesměs skvělou práci a skutečně se jim daří být alespoň českými „centry excellence“. A je svatá pravda, že jejich současná právní úprava není dostatečná a je z velké části postavená na zvycích a nepsaných pravidlech.

Jsou ale fakultky skutečně něčím tak výjimečným a jedinečným, že za žádnou cenu není možné jejich novou, ukotvenější podobu vměstnat do některé z existujících právních forem, jež současné české právo nabízí (a že

jih je)? Leoš Heger zjevně podlehl přesvědčení akademiků, že je tomu přesně tak. Ostatně jako bývalý ředitel Fakultní nemocnice Hradec Králové pravděpodobně podlehl rád. Zpronevěřil se tím ovšem kánonu, který by měl být pravicovému ministrovi vlastní – kánonu přehlednosti a jednoduchosti systému.

Univerzitní nemocnice by s klidem mohly být akciovými společnostmi (s povinností ukládat případný zisk do fondů na péči, vzdělávání a výzkum, jak chtěl Tomáš Julínek), stejně jako příspěvkovými organizacemi (jejichž fungování může ministerstvo nastavit prakticky dle libosti). Neziskový charakter firmy, který k fakultní nemocnici asi skutečně patří, lze tak či onak zajistit v různých právních formách. Podlehnutí pocitu výjimečnosti o ničím dobrém nesvědčí.

Mediální diskuse, která měla proběhnout už dávno

V minulém čísle Martin Čaban v komentáři „Personální vyhláška může ohrozit reformu“ označuje řadu ředitelů za bezmyšlenkovité manažery a jejich jednání za gangsterské. Jedná se o diskusi nad vyhláškou o personálním vybavení nemocnic a rozdílem mezi minimálním a optimálním počtem personálu.



Ilustrační foto: Shutterstock

Tato nová vyhláška se řešila průběžně cca deset let a byla v různých časových obdobích a za různých ministrů házena úředníky ministerstva do šuplíku, až nakonec spatřila světlo světa její x-tá verze. Víím, jak probíhalo jednání, protože řada ředitelů byla při jejím zrodu oslovena přes své asociace, později i přes Českou lékařskou komoru.

Personál nečeká u vrátnice

Předně plně zajištění personálního vybavení vysokoškolsky a středoškolsky vzdělanými, vyškolenými odbornými pracovníky (o které se jedná ve vyhlášce), členy odborných týmů každého pracoviště, je běh na dlouhou trať. Náhrady za chybějící pracovníky se nenacházejí hned. Vyškolený personál

nestojí u vrátnice zdravotnického zařízení připraven zasáhnout v případě nedostatku kmenového personálu kteréhokoli pracoviště zdravotnického zařízení.

Minimální počet personálu nese riziko, že práce bude stíhána jen provizorně, za určitého vypětí sil, a pojišťovny při umělé tvorbě ceny zdravotní péče budou akceptovat pouze minimální náklady na platy. Naopak optimální počet personálu nese riziko, že pojišťovny budou ihned při nesplnění personálního vybavení (i přechodného) zpětně požadovat peníze za proplacenou úhradu již provedené práce, jak se ostatně opakovaně stávalo v následné péči za předchozí vyhlášky.

Systém minimálních limitů

Navrhovali jsme proto určité pásmo nebo případnou časovou indexaci tak, aby při přechodném stavu byl snížený počet do určité míry a určitého času tolerován. Tento náš návrh na ministerstvu

neprošel, byl zvolen systém minimálních limitů. Pokud počet personálu poklesne pod tento limit, pak je pravděpodobné, že zdravotní péče bude nekvalitní, případně žádná.

V takovém případě by však pojišťovny měly být razantní a při poklesu pod tento limit zdravotnické zařízení penalizovat. A každý ředitel, který trochu rozumí personalistice, by pak zákonitě měl přejít na optimální počet personálu, aby v případě výpadku (dlouhodobé nemoci, riziková těhotenství, náhlé odchody z pracovního poměru apod.) byl nadále jíz ručen kvalitní provoz na minimum do té doby, než se zajistí náhrada a stav pracovníků se doplní na optimální.

Co je optimální stav?

A teď jsme u toho, co je optimální stav. V každém zařízení, v každé odbornosti je jiný. A tady záleží ne na řediteli, ale na vedoucích pracovišť, zda dokáží stav svých pracovníků optimalizovat tak,

aby to ještě bylo ekonomicky únosné pro jejich zaměstnavatele. Mít stavy personálu podle toho, kolik si které pracoviště vydělá, nelze při umělé tvorbě cen za práci zdravotníků akceptovat. Každá umělá cena má své chyby. Zase jsme u toho, jak by bylo dobré stanovit pásmové rozpětí počtů personálu pro standard daného pracoviště.

Jak však dopadne dohodovací řízení s pojišťovnami, které uvidí v minimálním požadovaném počtu pracovníků cestu ke zlevnění zdravotnické práce, je pro mne otázkou. A tady se nelze divit ředitelům, že uvažují totéž dělají pojišťovny a neřeší, zda se za méně peněz udělá stejně kvalitní práce nebo třeba ještě lepší. Potvrzují to svými každoročními (dříve pololetními) minimalizovanými návrhy na úhradu zdravotní péče.

DOKUMENT

Deklarace platformy pro transformaci systému péče o lidi s duševním onemocněním v ČR

Platforma pro transformaci péče o lidi s duševním onemocněním, která je seskupením zástupců odborných společností, poskytovatelů služeb, patientských a rodičovských organizací jakož i jednotlivců, přijala tuto deklaraci na základě stále sílícího přesvědčení, že jediným řešením neutěšené situace v oblasti péče o lidi s duševním onemocněním v České republice je transformace celého systému. Oddalování systematicky a cíleně prováděné transformace zvyšuje riziko zanedbání péče o vážně duševně nemocné.

V lednu 2005 se Česká republika zavázala plnit závěry Evropské konference ministrů zdravotnictví k otázkám duševního zdraví v Helsinkách prostřednictvím „Akčního plánu duševního zdraví pro Evropu“. V roce 2008 na tuto helsinskou deklaraci navázal „European Pact for Mental Health and Well-being“. V řadě evropských zemí jsou tyto deklarace a plány naplňovány, probíhá proces transformace, avšak v České republice se jejich naplňování věnuje jen velmi malá pozornost. Plnění usnesení vlády k dlouhodobému programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky „Zdra-

ví pro všechny v 21. století“ v kapitole „Cíl 6: Zlepšení duševního zdraví“ se prakticky nehodnotí. Bez realizace zůstává i „Koncepte oboru psychiatrie“ (KOP), která byla přijata na sjezdu Psychiatrické společnosti ve Špindlerově Mlýně v roce 2000. Vědeckou radou Ministerstva zdravotnictví ČR v roce 2002 a revidována v roce 2008.

Deinstitucionalizace vs. velké ústavy

Na porušování lidských práv v systému péče o duševně nemocné v ČR opakovaně upozorňují i různé instituce, od Veřejného ochránce práv po Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či poni-

žujícímu zacházení nebo trestání. Kritizované jevy jsou důsledkem nevhovující podoby systému. Péče ve velkokapacitních zařízeních pacientům neposkytuje dostatečnou míru soukromí a vlastního rozhodování. Důsledky nevhovujícího uspořádání současně péče se negativně projevují ve formalismu při rozhodování o nedobrovolných hospitalizacích, respektive léčbě, ve způsobu používání restriktivních opatření i v oblasti zbavování způsobilosti k právním úkonům. Současný systém neumožňuje poskytovat péči v nejméně omezujícím prostředí, vytváří bariéry v přístupu k zaměstnání a omezuje duševně nemocné ve svobodném výběru místa pobytu.

Na úrovni EU je prosazována deinstitucionalizace, velké psychiatrické ústavy jsou v řadě evropských zemí již minulostí nebo se transformují a počty lůžek v nich se stále snižují. Česká republika však má v poměru k počtu obyvatel stále velmi vysoký podíl psychiatrických lůžek následně péče dislokovaných ve velkých psychiatrických léčebnách. V Česku je nedostatečný podíl lůžek akutní péče na psychiatrických odděleních nemocnic a zejména se nepodařilo vybudovat dostatečnou síť zdravotních komunitních služeb. Rozvoj těchto služeb je především podvázán celkově nízkým objemem finančních prostředků pro psychiatrickou péči; *de facto* je blokován vázáním finančních prostředků v systému péče postavené na péči v psychiatrických léčebnách. Mimonemocniční služby nemají definované spádové oblasti a nastavení stávajícího financování ambulantních služeb nepodporuje časově náročnou péči o závažněji duševně nemocné.

Nedostatečné zajištění komunitních služeb

Uspořádání celého systému nevytváří podmínky k potřebné koordinaci jednotlivých složek péče. Z důvodů systémového nastavení existuje značná nepropojenost obzvláště mezi lůžkovou a mimo-lůžkovou péčí. Sociální komunitní služby není v podstatě možné

rozvíjet vzhledem k limitovanému rozpočtu na všechny sociální služby. Malá rozšířenost a dostupnost se týká rovněž psychoterapie, která plní léčebnou a profylaktickou roli nejen v psychiatrii, ale i v ostatní medicíně. Nedostatečně zajištění mimonemocničních (ambulantních a komunitních) služeb vede k nadbytečným hospitalizacím duševně nemocných lidí a k jejich setrvávání v lůžkových zařízeních.

V posledních letech přitom narůstá počet lidí potřebujících psychiatrickou péči. V České republice vzrostl za poslední dekádu počet léčených psychiatrických pacientů o desítky procent. Tento trend by bylo potřeba zohlednit v programech primární i sekundární prevence duševních onemocnění; prostředky vynakládané na preventivní programy se však snižují. Podle informací z terénu se také zvyšuje podíl lidí s duševním onemocněním mezi bezdomovci. Přitom psychiatrická péče v České republice je oproti psychiatrické péči ve zbytku EU podfinancovaná. Podle údajů Evropské komise (2005) je ČR řazena na předposlední místo v poměrném vynakládání prostředků na psychiatrickou péči v rámci EU.

Komplexní proměna

Základem moderní péče o vážně duševně nemocné nemohou být dlouhodobé hospitalizace ve velkokapacitních psychiatrických léčebnách, které vzhledem ke svému geografickému umístění a v podstatě nezměnitelnému institucionálnímu charakteru péče (přes maximální snahu a profesionalitu managementu i zaměstnanců), podporují segregaci a sociální vyloučení velké části pacientů. Taková praxe je v rozporu s Úmluvou OSN o právech osob se zdravotním postižením, která se od února 2010 stala součástí našeho právního řádu. V devatenáctém článku Úmluvy je zdůrazněna povinnost státu zajistit, aby „osoby se zdravotním postižením měly možnost si zvolit – na rovnoprávném základě s ostatními – místo pobytu, kde a s kým budou žít, a nebyly nuceny žít ve specifickém prostředí“.

Řešením uvedených nedostatků je komplexní proměna existujícího systému tak, jak proběhla či probíhá ve většině západních zemí. Proces transformace bude vyžadovat přechodné navýšení finančních zdrojů (investičních i neinvestičních) převážně ve fázi, kdy bude zapotřebí zajistit rozvoj nových služeb, a paralelně bude po jistou dobu nutné provozování současných institucionálních služeb, než dojde k jejich proměně. Na toto přechodné navýšení by bylo velmi vhodné využít možných zdrojů ze strukturálních fondů na období 2014–2020.

Žádáme proto, aby vláda:

- Formulovala národní plán péče o osoby s duševním onemocněním s cílem transformace psychiatrické péče.
- Vytvořila národní skupinu pro transformaci systému péče o lidi s duševním onemocněním se zapojením příslušných resortních ministerstev, odborných společností, zastřešujících organizací poskytovatelů a uživatelů péče.
- Uspokojila kroky k přeměně systému péče o lidi s duševním onemocněním s využitím strukturálních fondů.

Signatáři deklarace:

Mgr. Aleš Lang (za Asociaci komunitních služeb), Pavel Novák (za Fokus), MUDr. Martin Jarolímek (za Českou asociaci pro psychické zdraví), Jan Jaroš (za o. s. Kolumbus), Mgr. Jana Poljaková (za o. p. s. Sympatheia, OSPDN ČR), MUDr. Ondřej Pěč (za Asociaci denních stacionářů a krizových center), Mgr. Jitka Styblíková (za o. s. VIDA), Mgr. Lucie Broukalová (za o. s. Green Doors), Mgr. Josef Gabriel (za Misi pro duševní zdraví), Mgr. Barbora Wenigová (za Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví), Mgr. Andrea Scheansová, Ph.D. (za o. s. Rain Man), MUDr. Jan Vevera (člen výboru Psychiatrické společnosti ČLS JEP), MUDr. Jan Pfeiffer, MUDr. Martin Hollý, MUDr. Petr Příhoda, MUDr. Denisa Jasová, Ph.D.

(mezititulky redakce)

Jak zvládnout další olympiádu

Medailová sbírka na olympiádě nakonec dopadla mnohem lépe, než jsme na začátku čekali. Pokud si ale chceme zajistit cenné kovy i do budoucna, je vhodná chvíle k zamyšlení jak to udělat. Vždyť i Jarmila Kratochvílová se po skončení her nechala slyšet, že české atletické hvězdy nemají následovníky...

O úspěchu země na vrcholných soutěžích rozhoduje hlavně to, jak dobře najít talenty a následně se o ně postarat, tedy poskytnout jim prostor k dalšímu rozvoji. Zde ovšem přichází kámen úrazu, protože podmínky, ve kterých se pohybuje dnešní sportující mládež s ambicemi přesahujícími okresní přebor, nejsou vždy ideální.

Jednou z nejvíce zanedbávaných oblastí je zdravotní podpora a zabezpečení. Při náročném vrcholovém sportu je přitom z hlediska bezpečnosti a (z pohledu sportovců samotných) hlavně výkonnosti naprostou nutností.

Kartotéky plné nadějí

Zdravotní zabezpečení sportovců má několik dimenzí. Péče o ty, kteří se už zranili, je jen špičkou ledovce. Základem musejí být kvalitní prohlídky včetně zátěžového testování, které dá trenérům informaci o vhodné individuální úrovni tréninku a spolu s dalšími vyšetřeními dokáže odhalit významnou část příčin možných kolapsů nebo náhlých úmrtí při sportu.

Dalším stavebním kamenem je vyšetření pohybového aparátu zaměřené na oslabené a přetížené svalové skupiny. V případě potřeby musí následovat nácvik správných pohybů a kompenzační cvičení s fyzioterapeutem. Nechávat fyzioterapii až na dobu, kdy bolest brání tréninku, je zásadní chyba. Kartotéky sportovních lékařů jsou plné mladých nadějí, které musely nechat sportu kvůli přetížení nebo vážnému poškození svého organismu.

Co je tedy potřeba? První zlepšení představuje ustavení sportovních center mládeže, která by podle připravované vyhlášky ministerstva zdravotnictví měla splňovat i minimální standard zdravotnického zabezpečení sportovců. Jejich cíl, napsán a organizací, stejně jako financování, však jasně stanoví až nový zákon o sportu. Doufejme, že se jej dočkáme dříve, než bude další olympiáda. Zlepšení systému přípravy mládeže je totiž z hlediska medailů běh na dlouhou trať.

MUDr. Miloš Matouš
vedoucí lékař Institutu sportovního lékařství

To se to destigmatizuje!

Jistý časopis (kterému nehodlám dělat reklamu) přinesl pěkný příspěvek „k destigmatizaci psychiatrie“. V článku se dozvíme, že...

...popová diva popřela spekulace jistého českého deníku, který ji označil za psychicky zdeptanou uživatelku léků proti depresi: „Jsem v pořádku, nezhroutila jsem se a nejsem na práscích ani na psychiatrii.“

Popis rádobý duševního stavu (psychicky zdeptaná), degradace léčby a léčících se lidí (uživatelka léků proti depresi), bagatelizace a popírání možných duševních problémů (jsem v pořádku a nezhroutila jsem se) a negativní postoj k moderní léčbě i relevantnímu medicínskému oboru (nejsem na práscích ani na psychiatrii) mi hnuly žlučí. Nejde přitom o to, že uvedený skvost otiskl „pouze“ bulvární plátek, ani o to, které celebrity se týkal. Zmíněnou větu si přečtou stovky, možná tisíce čtenářů – a jistě mezi nimi nebude velké procento odborníků, kteří by uvedený odstavec patřičně „rozklíčovali“ neboli správně interpretovali.

A o to jde

Běžný čtenář nejmenovaného bulvárního plátku se totiž dozví nejen další zbytečnou informa-

ci o vcelku nezajímavé ženě (což by až tak nevadilo), ale především se utvrdí v obecně rozšířeném stigmatizujícím postoji k psychiatrii a psychiatrickým pacientům (mezi které lze zařadit množství lidí užívajících některý druh psychofarmak, aniž by nutně museli být „blázniví“).

Laicky pojato se v článku píše, že:

1. Léky proti depresi (myšleno antidepresiva, ale může jít také o některá antiepileptika, antipsychotika či jejich kombinace) si berou, možná i svévolně, „zdeptaní lidé“.

2. Být zdeptaný (neboli trpět jakoukoli duševní poruchou včetně poruch psychosomatických – mezi které lze zařadit například nevolnost, ekzémy, alergie, bolesti hlavy, žaludeční vředy, poruchy spánku, chronickou únavu, lupénku, hypertenzi, střevní potíže, gynekologické či močové problémy apod.) je nepřístojné, a tedy hodné negativní pozornosti.



MUDr. Andrea Skálová

3. Kterákoli porucha (viz ty uvedené pod bodem 2), kvůli níž se předepisují psychofarmaka, znamená „nervové zhroucení“ neboli „zbláznění“.

4. Užívat psychofarmaka je osuda, která se musí tajit.

5. Duševní porucha či její dekompenzace je vždy spojena s pobytem na psychiatrii (rozuměj „zavřením v bláznivci“), což je společensky ještě více degradující než užívání léků.

Cool, nebo loose?

Odborníci z řad psychologů, psychiatrů a dalších neurovědců včetně uznávaných popularizátorů se mohou sebevíce snažit o veřejnou osvětu, avšak stačí jeden *parazzo* a mnohaleté úsilí i vynaložené prostředky jdou vničeč.

Nejde přece o to, že psychiatrie vypadá poněkud (hodně) jinak než ve středověku nebo že moderní léky prokazatelně zlepšují kvalitu života a převážně ani nejsou návykové (na rozdíl od alkoholu, marihuany a mnoha syn-

tetických drog, jejichž užívání je *cool a in*). Jde o to, že člověk, který prožívá duševní utrpení, nebo dokonce trpí duševní poruchou, je stále krakenem společnosti hrající si na společenství neohrožených, ne-li nesmrtelných, v jehož středu není místo pro „mentálně choré“ jedince.

Tato společnost, jejíž samotný postoj k duševně trpícím je choromyslný a slabošský, nachází až sadistickou zálibu (zdaleka nejen mediální) v lynčování sebemenšího náznaku slabosti. Je skutečně tak propastný rozdíl mezi tím, když někdo onemocní „na srdce“ či „slinivku“ a někdo jiný „na nervy“? I když nejmodernější výzkumy včetně zobrazovacích studií mozku a genetických experimentů (míněno na laboratorních zvířatech) přinášejí důkazy o tom, že náchylnost k duševním onemocněním je daná geneticky a v určitých životních situacích nebo při určitém stavu organismu je *on-label* (neboli *lege artis*) dodávat psychofarmaka (stejně jako se při diabetu dodává inzulin), člověk užívající antidepresiva – nebo nejdříve antipsychotika – se přesto

stále pokládá za slabocha a zoufalce, který si navíc za svou nemoc či utrpení může sám.

Kdyby tomu tak nebylo, média a společnost by zaujímalý stejně empatický a shovívavý postoj k duševně nemocným dospělým, jako zaujímají k dětem, jež onemocněly rakovinou. Nebyl by pak důvod mediálně pátrat, zda některá z „hvězd“ náhodou nebere prášky na nervy, a hledat senzací v tom, že se eventuálně „zhroutila“.

Odpovědnost vs. populismus

Jsou to z velké části média, kdo utváří a modifikuje veřejné mínění. A jsou to bulvární média, kdo ovlivňuje názory plebsu, mírněji řečeno „většinou veřejnosti“. Zdá se, že jej ovlivňují nezodpovědně. Jak často slyším v různých variantách na kongresech: „To, co si tady říkáme mezi sebou, my všichni víme.“

Problém je v tom jak to dostat k těm, kteří „tu nejsou“. Jinými slovy k těm, co „tu nejsou“, se stále dostává to, co by se k nim dostávat nemělo. Je to ale pravda? Nabízí se totiž provokativní otázka, zda by správné informace v nesprávných rukou nenadělaly víc škody než užítku. Vždyť jak se říká: „Čiň čertu dobře, peklem se ti odmění!“ V historii se toto úsloví již mnohokrát potvrdilo.

Reakce uživatelů serveru zdraví.e15.cz

Toník

Paní doktorko Skálová, v podstatě jste svým článkem pěkně vyjádřila, s čím moderní psychiatrie bojuje dnes a denně – tedy s předsudky a dehonestací všeho psychiatrického, a to prosím nejen od laické veřejnosti, nýbrž – světe div se – též od zástupců jiných lékařských odborností.

Naše „naprosto nezávislá“ média nás často líčí jako bandu prapodivných, legračně praštěných docentů Chocholoušků, kteří jsou nehodní oné cti patřit do právoplatného lékařského cechu. Též Formanovo uslintané veledílo a známá anglická pohádkářka vykonaly své. „Je to blázen, vemte si ho k sobě, doktore,“ slyším často od kolegů ze somatických oddělení při mnou prováděném psychiatrickém konziliu... Pokud tedy stále perzistují předsudky mezi lékaři, platíci mi za sociální autority, jak má na náš obor nahlízet ta prodejná, pitomoučká banda tendenčních novinářů (včetně bulvárních) a umělců, schopných principem „koho chléb pojídáš, toho píseň zpívej“ psát a reproduko-

vat vskutku nefalšované zvrátky a lživý hnus.

Dnešní společnost propaguje ambiciózní, všehoschopné, mladé, silné, zdravé metrosexuály a osobnostně maskulinizované kariéristky. Do toho všeho jaksi nemocný (neřkuli psychiatricky nemocný) člověk nezapadá a nepatří... Tak jako každý medicínský obor je i psychiatrie vysoce moderní, účinná disciplína se spoustou velmi moderních terapeutických možností a prostředků, schopná úžasných věcí ku prospěchu pacienta. Domnívám se, že stigmatizace psychiatrie a psychiatrických pacientů bude *pro futuro* trvat a mizet jednotlivě, až tzv. individuální prvostupňová hospitalizace v psychiatrických léčebnách a na psychiatrických odděleních. Než se tedy vše zlepší, ještě nás čeká hodně přijímacích zpráv, kolegové...

L. V.

Stigmatizace „všeho psychiatrického“ trvá a média cílí na „masy“ (jejichž úroveň jde podle mého soudu stále z kopce – nerada si připouštím možnost, že se nabídka pouze při-

způsobuje poptávce) ji maximálně podporují. Stačí letmo projít jakýkoli článek, v němž se psychiatrická tematika mihne. Probírat se bulvarem netřeba, i na pseudoseriózním portálu jako iDnes.cz je takových veleděl nespočet, do diskuse pod článkem raději nenahlížet.

Vzpomínám na jednoho pacienta – třicátník, vysokoškolák, dlouhodobě v PN, po hospitalizaci v PL, odeslán k CT vyšetření břicha k ozřejmění abd. obtíží. K jeho smůle indikující lékař napsal psychiatrickou anamnézu do žádanky, což mu u personálu RDG odd. přisoudilo titul „ten blázen na břicho“ ještě dříve, než stačil vstoupit. „Normální“, slušný, milý člověk, v průběhu přípravy k vyšetření se rozhovořil... Lidově řečeno neunesl neúměrnou pracovní zátěž a související krach v osobním životě. Prý kdyby si mohl vybrat mezi svými potížemi a jinou chorobou, měnil by bez váhání. A nebylo těžké mu věřit. Zvláště když jsem poté byla odsouzena kolegyní, že se vykecávám s cvoky, tudíž zřejmě také nebudu normální...



Illustrace: Shutterstock

Nejvyšší soud podržel australskou protikuřáckou legislativu

Australský nejvyšší soud se postavil za protitabákovou legislativu, jež vyžaduje jednotné balení cigaret bez firemních barev a log.

Cigaretové krabičky by podle zákona, jenž nabude účinnosti 1. prosince letošního roku, měly mít olivově zelenou barvu a graficky znázorněné varování před nebezpečnými důsledky kouření. Proti legislativě se okamžitě postavily přední světové tabákové společnosti včetně British American Tobacco nebo Philip Morris, jež ji napadly u soudu. „Většina soudců se shodla, že zákon není v rozporu s australskou ústavou,“ stojí však ve vyjádření nejvyššího soudu.

Podnět pro černý trh

Legislativu schválila australská



vláda v loňském roce ve snaze snížit počet kuřáků v zemi. Tabákové společnosti se ovšem podle svých představitelů obávají, že odstranění log, názvů značek cigaret a charakteristických barev z krabiček povede k drastickému snížení jejich zisků. Firmy rovněž varovaly, že tak přísný zákon jen podpoří padělání tabákových výrobků a černý trh.

„Je to špatná legislativa, z níž bude profitovat pouze organizovaný zločin, který do našich ulic ve velké míře přinese nelegální výrobky,“ komentoval zákon mluvčí australské pobočky British American Tobacco Scott McIntyre.

„Tím, že bude stanovena přesná podoba krabiček cigaret, bude černý obchod s tabákovými výrobky snazší a také levnější,“ doplnila mluvčí Imperial Tobacco Sonia Stewartová.

Společnosti navíc tvrdí, že zákon porušuje ústavu a jejich práva na duševní vlastnictví. Nicméně zástupce British American Tobacco již potvrdil, že se požadavkům legislativy podřídí. „I když jsme stále přesvědčeni, že vláda nejedná v souladu s našimi právy, uděláme vše pro to, aby naše výrobky byly v souladu s jejím nařízením.“

Inspirace pro ostatní

Australská protikuřácká legislativa patří k nejpřísnějším na světě, požadavek na jednotné grafic-

ké zpracování krabiček cigaret je ve světě dokonce zcela ojedinělý. V současnosti však o jeho zavedení uvažují i další země, například Nový Zéland, Velká Británie, Indie nebo některé státy USA. Také tamní vládní představitelé si od tohoto opatření slibují výrazné snížení počtu závislých na tabáku.

Podle právníka Jonathana Libermana může být rozhodnutí australského nejvyššího soudu pro jmenované země impulzem k přijetí podobné legislativy. „Je to cesta jak ukázat ostatním, že jediný způsob jak se vypořádat s hrozbami a nejrůznějšími tvrzeními tabákových koncernů je donutit je sklonit se před rozhodnutím soudu,“ domnívá se právník.

(Zdroj: BBC)

Květa Havlová

Slovensko: Odznaky proti korupci

Slovenské Lekárske odborové združenie (LOZ) spustilo protikorupční kampaň „Ďakujem, úplatky neberiem!“, v jejímž rámci chce lékaře přesvědčit, aby si na plášť připnuli odznak se stejným heslem.

Podle předsedy LOZ Petera Visolajského je cílem kampaně „zlepšit vztah lékaře a pacienta a zajistit ve zdravotnictví transparentnější prostředí“. Pacienti si navíc budou moci na internetových stránkách odborového sdružení jednoduše ověřit, kteří lékaři se k výzvě přidali.

Linky proti korupci

LOZ se rovněž obrátilo na slovenské ministerstvo vnitra se žádostí o zřízení zvláštní protikorupční linky, na niž by lidé mohli zavolat, pokud se s korupcí setkají, a obdržet informace, jak se mají v takové situaci zachovat. „Informaci o fungování protikorupční linky bychom vyvěsili ve všech ambulancích lékařů, kteří se ke kampani připojí,“ upřesnil Peter Visolajský. Ministerstvo vnitra návrh postoupilo ministerstvu zdravotnictví.

Podle mluvčí úřadu Zuzany Čizmarikové však linka, na niž mohou pacienti oznamovat korupci, již v současnosti existuje, lidé ji však většinou používají pro jiné účely. „Za poslední období jsme měli jen tři případy, jež jsme předali k dalšímu zkoumání orgánům činným v trestním řízení,“

cituje mluvčí deník Pravda. Peter Visolajský nicméně zdůraznil, že jeho sdružení požadovalo speciální linku pouze pro oznamování korupce. „Pokud se ministerstva dohodnou, že se tak stane v rámci již existující linky, pak budeme propagovat ji,“ ubezpečil předseda LOZ.

Ambulantní lékaři se nepřipojí

Protikorupční kampaň s odznaky nicméně není nápadem LOZ – již koncem května letošního roku s ní přišel žilinský neurochirurg Milan Mrázik, k němuž se připojilo přibližně 300 lékařů.

LOZ se převzetím kampaně snaží zdůraznit potřebu diskuse o lékařské etice na Slovensku. Zatím je projekt zacílen hlavně na nemocniční lékaře, LOZ by rád oslovil i jejich ambulantní kolegy. Ti však podle svých zástupců takovou morální kampaň nemají zapotřebí a uplácení se zdaleka vyhýbají. Naopak jednoznačnou podporu LOZ získal u Slovenské lékařské komory.

Odbory již počátkem letošního roku vypracovaly soubor protikorupčních opatření, jež mají zabránit úplatkům na úrovni ma-

nagementu nemocnic. „Návrh jsme zaslali k diskusi ředitelům nemocnic, ovšem do dnešního dne jsme neobdrželi žádnou odpověď,“ uvedl Peter Visolajský s tím, že odbory jsou rozhodnuty soubor zdravotnickým zařízením zaslat znovu a v budoucnu

by jej rádi prosadili jako návrh zákona.

U nás je situace odlišná

Předseda českého Lékařského odborového klubu (LOK) Martin Engel v rozhovoru pro Českou televizi uvedl, že jím vede-

ná organizace žádnou podobnou kampaň nechystá. „Jsem přesvědčen, že situace v této oblasti je v České republice přeci jen poněkud odlišná,“ prohlásil Martin Engel. Jeho slova potvrdil i viceprezident České lékařské komory (ČLK) Zdeněk Mrozek. „Každá korupce je nebezpečná, ale je pravda, že u nás stupeň korupce není ve vztahu pacient – lékař v tak vysokém poměru jako například v Polsku nebo na Slovensku,“ domnívá se viceprezident ČLK.

(Zdroje: Pravda, ČTK)

(kha)

Pediatři zvažují žalobu na Ivana Uhliarika

Slovenští dětské lékaři požadují, aby sekcia pediatri Slovenskej lekárskej komory podala žalobu na bývalého ministra zdravotnictví Ivana Uhliarika. Důvodem je změna nákupu vakcín, kterou resort pod jeho vedením prosadil koncem minulého roku.

O požadavku informovala předsedkyně sekcie pediatri Slovenskej lekárskej komory (SLK) Katarína Šimovičová.

Zatímco ještě do prosince loňského roku vydávala očkovací látky lékaři či sestře na základě receptu pro konkrétního pacienta lékářna, v současnosti musejí vakcíny do svých ambulancí nakupovat sami lékaři. Ti však namítají, že nemají dostatek finančních prostředků. „Lékaři jsou tak rozložení, že po mně žádají podání žaloby. Navrhuju to prezidentovi komory,“ uvedla pro deník Sme Katarína Šimovičová.

Odkládají očkování

Ivan Uhliarik odůvodňoval změnu systému tím, že si pro vakcíny do lékárn namísto zdravotníků chodili rodiče, čímž byl porušen chladový řetězec a došlo k ohrožení bezpečnosti a účinnosti očkovací látky. Proti takovému nařčení se lékaři ostře ohradili.

Zároveň doufali, že se situace změní s nástupem ministryně Zuzany Zvolenské. Nelíbí se jim proto, že se tak dosud nestalo. Návrat k původnímu systému nákupu vakcín Zuzana Zvolenská navrhuje v novele zákona o rozsahu a podmínkách úhrady léčiv, jenž je nyní ve

stadiu připomínkování, a pokud bude schválen, začne platit nejdříve od ledna 2013.

Jak ale podotýká prezidentka Asociácie všeobecných lékařov pre deti a dorast (AVLDD) Kvetoslava Prúchová, Smer přislíbil změnu situace ještě před volbami. „Celý rok čekáme, že ke změně, kterou intenzivně očekávají všichni dětské lékaři, konečně dojde,“ cituje Kvetoslava Prúchová deník Sme. Předsedkyně AVLDD rovněž podotkla, že některé ambulance musejí odložit přeočkování dětí.

(Zdroj: Sme)

(kha)

USA: Autismus jako kontraindikace k transplantaci?

Debatu o kritériích, jež musí nemocný splňovat, aby byl zařazen na seznam pacientů čekajících na transplantaci srdce, vyvolal v Americe případ 23letého muže, kterého lékaři odmítli zanést na seznam kvůli autismu.

V roce 2008 lékaři Paulu Corbymu z Pottsville v Pensylvánii odhalili vážnou vadu srdeční komory a v roce 2011 mu byla doporučena transplantace srdce. Kardiologové z tamní univerzitní nemocnice Penn Medicine však odmítli Paula zařadit na seznam čekatelů kvůli jeho „psychiatrické diagnóze, autismu, složitosti chirurgického zákroku a neznámým a nepředvídatelným účinkům steroidů na jeho chování“. Příběh uveřejnila média a vyvolala tak otázku, zda a jak by měly být některé mozkové dysfunkce brány v potaz při rozhodování o transplantaci orgánů.

„Zdá se mi, že se lékaři při posuzování vhodnosti zařazení pacienta na čekací listinu neberou v potaz jeho kvality a osobnosti, ale vidí jen nálepku ‚autista‘,“ říká dr. Dan Cury z organizace Autism Treatment Network. Jak dodává, autismus je jedním z faktorů, jež mají být při rozhodování o transplantacích vzaty v potaz, ale je nutné zvážit i další okolnosti. Právě v případě Paula Corbyho podle něj odmítavý postoj není adekvátní, neboť pacient je schopen konverzace, vede kvalitní život a hlavně má široké sociální zázemí, jež by mu po chirurgickém zákroku poskytl a veškerou potřebnou pomoc a podporu.

Komplexní kritéria

Transplantolog David Cronin z Medical College of Wisconsin říká, že pro pacienty a jejich blízké je vždy těžší smířit se s odmítnutím transplantace, pokud jeho důvodem není například další zdravotní problém. „To není, jako když nemocnému ukážete CT scan a řeknete mu: ‚Bohužel nemůžeme operaci kvůli tomu a tomu problému technicky provést‘,“ podotýká dr. Cronin a dodává, že k odmítnutí některých pacientů dochází jednoduše proto, že počet nemocných 3-4násobně převyšuje počet dostupných orgánů.

Lékaři tak musejí vhodnost každého kandidáta na transplantaci zvážit z mnoha hledisek, především na základě pravděpodobnosti úspěchu operace. „Například pacient, jehož šance na přežití se významně nezvýší ani s novým orgánem, se na seznam čekatelů nedostane, neboť potřebný orgán by mohl zachránit někoho, kdo díky němu prožije dlouhý a plnohodnotný život,“ vysvětluje lékař.

„Pacient musí být schopen o nový orgán ‚pečovat‘, případně musí mít zajištěnou pomoc okolí. A to je u lidí s duševní poruchou včetně autismu často problém,“ dodává David Cronin a zdůrazňuje, že lékaři se při posuzování vhod-

nosti kandidáta na transplantaci vždy zabývají každým pacientem individuálně.

Další šance

Nemocnice Penn Medicine se odmítla k případu Paula Corbyho vyjádřit, její zástupce nicméně ujistil, že každý případ pečlivě zvažují. „Naše kritéria pro zařazení pacienta na čekací listinu k transplantacím jsou pravidelně kontrolována a porovnávána s národními standardy,“ píše se v oficiálním stanovisku nemocnice.

ně ujistil, že každý případ pečlivě zvažují. „Naše kritéria pro zařazení pacienta na čekací listinu k transplantacím jsou pravidelně kontrolována a porovnávána s národními standardy,“ píše se v oficiálním stanovisku nemocnice.

Odmítnutí nemocní se mohou proti rozhodnutí odvolat, eventuálně obrátit na jiné transplantáčnické centrum, které jejich stav přezkoumá a v případě splnění daných kritérií operaci provede.

Rodina Paula Corbyho se rozhodla zorganizovat petiční akci a poslat Paulovy lékařské záznamy do Mayo Clinic a univerzitní nemocnice v Pittsburghu.

(Zdroj: ABC News)

Květa Havlová

Krátce ze světa

- Soudním sporem vyvrcholí neshody Lékařské fakulty Univerzity Pavla Jozefa Šafárika a Univerzitní nemocnice L. Pasteura v **Košicích**, jejichž jádrem je postavení přednostů klinik. Nemocnice totiž požaduje, aby byli podřízeni primářům. Přednostové by podle nových smluv, jež zdravotnické zařízení připravilo, měli odpovídat pouze za výuku a klinický výzkum, kliniky by však vedli primáři odpovědní za zdravotní péči, a tudíž by byli nadřízeni přednostům. Situace se začíná dotýkat i samotných studentů medicíny – pokud se obě strany sporu nedohodnou, hrozí, že kvůli neuzavřeným smlouvám nebudou mít kde odsloužit povinnou praxi. „Na otázku, kdo nám zaručí, že kvůli změnám ve smlouvě připravované nemocnicí naše fakulta neztratí akreditaci, nám vedení nemocnice odpovědělo, že nikdo,“ uvedl Tamás Ötvös ze Spolku mediků města Košice. Mluvíci zařízení ujistila, že praxe studentů ohrožena nejsou.

- **Slovenská** ministryně zdravotnictví Zuzana Zvolenská chce v rámci novely zákona i léčích a zdravotnických pomůckách prosadit zákaz vývozu odebrané plazmy nebo krve. Povolení na přípravu transfuzních léčiv by měla získat pouze zdravotnická zařízení ústavní péče a Národní transfuzní služba. „Tato zařízení jsou garantem využití lidské krve získané bezplatně od slovenských dárců,“ odůvodňuje rozhodnutí ministryně. Bývalý šéf resortu Ivan Uhlirík v minulosti umožnil společnosti Sanaplasma vývoz krevní plazmy do zahraničí. Proti tomu ostře protestovaly Národní transfuzní služba a Červený kříž, jež poukazovaly na nebezpečí nedostatku krevních zásob na Slovensku.

- Mimo jiné i v reakci na skandál s prsními implantáty PIP **britská**

vláda zvažuje zpřísnění podmínek pro poskytování kosmetických chirurgických zákroků. Ministerstvo zdravotnictví již ustavilo odbornou komisi, v jejímž čele stojí lékařský ředitel Národní zdravotní služby (NHS) Bruce Keogh a která má vláde do března předat podklady pro vypracování nových směrnic pro kosmetické operace. Jak dr. Keogh podotýká, kosmetické zákroky jsou stále populárnější a podle průzkumu si lidé poskytovatele těchto služeb nevybírají na základě kvality, ale především ceny zákroků, navíc aniž by se informovali o rizicích, jež tyto operace mohou představovat.

- Podle posledního průzkumu amerického Centra pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC) mají ve srovnání s ostatními státy **USA** největší problémy s obezitou obyvatelé Mississippi, kde jí trpí téměř 35 % dospělých. Naopak nejméně obézních žije v Coloradu (zhruba 20 %). V 11 amerických státech přesahuje podíl obézních dospělých 30 %, celkově je pak obézních asi 35 % dospělých Američanů. CDC varuje, že kromě řady zdravotních problémů stojí obezita i za vysokými náklady za zdravotní péči – léčba obézního stojí ročně v průměru o 1429 dolarů více než léčba člověka s normální hmotností. Podle prognózy CDC bude v roce 2030 obézních již 42 % obyvatel USA.

- Nejméně 145 lidí se ve **Spojených státech amerických** od července letošního roku nakazilo virem H3N2. Vyplývá to z údajů CDC. Zatímco ještě na počátku července centrum zaznamenalo pouhých 20 nakažených, za několik týdnů jejich počet výrazně narostl. Odborníci tuto skutečnost připisují nejrůznějším trhům a festivalům, které v tomto období probíhají na řadě míst USA a na nichž lidé přicházejí do styku s prasaty.

- **Texaské** město Dallas vyhlásilo stav nouze kvůli šíření západonilské horečky. Epidemie si již vyžádala 10 lidských životů, nakaženo je více než 200 obyvatel města (celkový počet infikovaných v Texasu dosahuje téměř 400). Dallaský starosta Mike Rawlings již nařídil rozprašování insekticidních prostředků proti komárům, kteří nemoc přenášejí. Toto opatření vzbudilo u některých odborníků obavy – lékaři totiž používají chemikálie považující za nebezpečné pro určité rizikové skupiny, například těhotné ženy.

- **Nigerijské** úřady distribuovaly v rámci boje proti malárii téměř 47 milionů ochranných sítí napuštěných insekticidy. Podle Chiomy Amajohové z národního programu pro eradikaci malárie začala v posledních letech prevalence tohoto onemocnění v zemi klesat. Zatímco ještě v roce 2003 byly ochrannými sítěmi vybaveny pouhé 2 % nigerijských domácností, v současnosti jich je vlastní již 42 %.

- **Západoafrické země Niger a Mali** sužuje epidemie cholery, již onemocnělo více než 3200 obyvatel, přibližně 70 z nich pak na následky choroby zemřelo. Asi třetinu nakažených tvoří děti. Světová zdravotnická organizace (WHO) varuje, že do konce roku může počet nakažených v regionu stoupnout až na 9 tisíc.

- **Nepálské** úřady varovaly turisty, aby kvůli epidemii cholery, jež vypukla na západě země, nekonzumovali nebalenou nebo nepřevařenou vodu. Onemocnění si dosud vyžádalo 13 lidských životů, úřady nicméně tvrdí, že situace je v současnosti pod kontrolou.

(Zdroje: ČTK, Sme, Pravda, Medical Daily, Medindia, Reuters)

(kha)



Ilustrační foto: Shutterstock

ZE ZAHRANIČÍ

MSF: Ebola je v Ugandě pod kontrolou

Organizace Lékařů bez hranic informovala, že se v Ugandě podařilo dostat pod kontrolu šíření viru Ebola, který si během několika uplynulých týdnů v zemi vyžádal nejméně 19 lidských životů.

Podle amerického epidemiologa spolupracujícího s organizací Lékaři bez hranic (MSF) Paula Roddyho nebyl téměř dva týdny laboratorně potvrzen jediný případ úmrtí na Ebolu. Aby však epidemie mohla být označena za zastavenou, je třeba 42denního období bez jediného případu nákazy. Ebola se v Ugandě vyskytuje poměrně často, za posledních 12 let se s její epidemií země potýkala třikrát. Nejhorší byla situace v roce 2000, kdy si nemoc vyžádala 224 lidských životů (celkově se tehdy nakazilo 425 obyvatel).

Letos se virus začal šířit ze západougandského města Kagadi. Podle Paula Roddyho je možné, že byl původně přenesen z kaloňů na opice, jež posléze ulovili místní obyvatelé. Ebola byla následně zaznamenána i v hlavním městě Ugandy Kampale, kde jí podlehl jeden člověk. V metropoli se v reakci na tuto událost přestaly konat trhy, taxikáři odmítali brát některé pasažéry, uvažovalo se dokonce o přerušení hromadné dopravy. Tamní prezident Yoweri Museveni obyvatele následně vyzval, aby se co nejvíce vyhýbali fyzickému kontaktu a zabránili dalšímu šíření choroby. „Mějte se na pozoru. Vyhnete se podávání rukou, nepohřbívejte osoby, jejichž symptomy ukazovaly na onemocnění Ebolou, nebuďte promiskuitní,“ nabádal v médiích.

Postupné úspěchy v laboratoři

Jak upozorňuje Paul Roddy, Ebo-

la je vysoce nakažlivá a dosud na ni neexistuje účinný lék. V Ugandě letos „udeřil“ virus typu Súdán. „Úmrtnost je při současné epidemii momentálně zoprocenní, což je pro typ Súdán nízké číslo, ale údaje musí být vykládány opatrně. Úmrtnost je ovlivněna mnoha dalšími faktory, například zdrojem a silou infekce, genetikou vřavou a kombinací s jinými nemocemi,“ říká epidemiolog. V laboratorním prostředí byl podle něho nedávno zaznamenán při výzkumu účinného léku významný úspěch. „Výzkumníci nakazili opice smrtelnou dávkou Eboly, po 30 minutách jim podali lék a dosáhli stoprocentního vyléčení. Současné vědecké objevy mohou potenciálně prospět těm, kteří vědí, kdy byli viru vystaveni, a okamžitě vyhledají pomoc. Jinými slovy to prospěje laboratorním technikům a možná i ošetřovatelům, kteří poznají, že se mohli nakazit, a mají přístup k péči. Normální lidé však přesný čas nákazy většinou neznají a pomoc vyhledají až po projevení se příznaků. Výzkumy se nicméně stále snaží prodloužit dobu mezi nakažením a úspěšnou léčbou,“ upozorňuje Paul Roddy.

Mýty a stigma

Právě zdravotníci patří mezi velmi časté oběti Eboly. „V subsaharské Africe je zastaralé zdravotnictví, ozbrojené konflikty a nedostatek ekonomické podpory. K přenosu viru většinou dochází v průběhu akutní fáze nemoci u pacienta ne-



Kiiza Isaac. | Foto: Agus Morales/MSF



Foto: Claude Mahoudeau/MSF

bo při přímém kontaktu s mrtvým tělem. Mrtvolky jsou velice nakažlivé – proto se nemoc často šíří kvůli umývání těl před pohřbem. To je v subsaharské Africe tradičně ženskou rolí, a proto při mnoha epidemiích tvoří většinu pacientů dospělé ženy. V případech současné epidemie se mnoho lidí nakazilo po účasti na pohřbu tříměsíčního dítěte,“ popisuje Paul Roddy.

Virem Eboly se v roce 2007 infikoval během práce s nemocnými ve zdravotním středisku v Kikyo v okrese Bundibugyo i ošetřovatel Kiiza Isaac. „Nakazil jsem se Ebolou, protože jsme neměli dostatek



Paul Roddy. | Foto: Agus Morales/MSF

ochranných prostředků. V té době jsem o tom ale nevěděl. Projevily se u mě stejné příznaky jako u pacientů. Odebrali mi vzorky krve, které vyloučily malárii. Pořád jsem však měl horečku a byl nemocný celé tři týdny. V polovině listopadu jsem dostal zprávu z laboratoře – nakazil jste se Ebolou. Byla to nová varianta viru, nikoli typ Súdán či Zair. Pojmenovali ji Ebola typu Bundibugyo,“ vypráví ošetřovatel, který pomáhal nakaženým i během letošního propuknutí choroby v Ugandě.

Jak Kiiza Isaac upozorňuje, onemocnění je v Africe stále spojené s řadou mýtů. Lidé si myslí, že nakažení jsou očarovaní. „Vysvětlujeme pacientům, že je to nemoc a nemá to nic společného s čarodějnictvím. Neměli by se bát. Když se nemocní uzdraví, po 21 dnech už jsou zcela bez Eboly. Lidé by se jich neměli stranit, měli by žít normální život,“ uzavírá spolupracovník MSF.

(Zdroje: Lékaři bez hranic, ČTK) Květa Havlová

Jak můžete podpořit Lékaře bez hranic

Pomoc Lékařů bez hranic v krizových oblastech můžete podpořit:

- formou pravidelného měsíčního příspěvku: www.lekari-bez-hranic.cz/pravidelne

- ve veřejné sbírce – číslo účtu: 210 10 50 700/2700
- prostřednictvím dárcovské SMS zaslané na číslo 87777 ve tvaru: DMS MSF

Protitabáková opatření nutná i v rozvojových zemích

Američtí vědci ve studii otištěné v časopise Lancet nabádají rozvojové země k urychlenému přijetí protitabákových opatření.

„Vlády všech států světa by měly poskytovat ekonomické výhody zemědělským plodinám, které přispívají ke zdraví obyvatel, nikoli tabáku, jenž má na svědomí milióny lidských životů,“ nabádá vedoucí studie Gary A. Giovino z Buffalské univerzity. Dostupná data týkající se kouření podle něho jasně ukazují „znepokojující vliv“ na konzumaci tabáku ze strany tabákové lobby.

Až miliarda úmrtí

Jak autoři nové studie poznamenávají, zatímco v uplynulém století zapříčinilo kouření 100 miliónů předčasných smrtí, podle propočtů

Světové zdravotnické organizace (WHO) může být toto číslo koncem probíhajícího století několikanásobně vyšší. „Pokud vlády nepřijmou potřebná opatření, země předčasně na následky konzumace tabáku až miliarda lidí, většina pak v rozvojových zemích,“ podotkl Gary A. Giovino, který se svými kolegy analyzoval data ze studie GATS (Global Adult Tobacco Survey), jež proběhla mezi lety 2008 a 2010. Zaměřil se na kouření ve 14 zemích s nízkými či středními příjmy (Bangladéš, Brazílie, Čína, Egypt, Filipíny, Indie, Mexiko, Polsko, Rusko, Thajsko, Turecko, Ukrajina, Ur-

guay a Vietnam) a porovnal tyto údaje s výsledky získanými ve Spojených státech amerických a Velké Británii. Vyplývalo tak, že v uvedených zemích kouří 49 % dospělých mužů a 11 % dospělých žen. Ačkoli je počet uživatelů tabáku o tolik nižší než jejich mužských protějšků, ženy již začínají kouřit v přibližně stejném věku jako muži (okolo 17 let věku, zatímco dříve začínaly až po 20. roce).

Nejvíce konzumentů tabákových výrobků žije v Číně (301 miliónů obyvatel; 52,9 % mužů) a Indii (247 miliónů obyvatel; 47,9 % mužů).

(Zdroj: Medindia)

(kha)

Sierra Leone bojuje s cholerou

Více než 10 tisíc lidí se v Sierra Leone nakazilo cholerou, téměř dvě stovky nemocných jí podlehl.

Tamní vláda již požádala o mezinárodní pomoc, prezident Ernest Bai Koroma vyhlásil v zemi pohotovostní stav.

Podle Červeného kříže došlo k rapidnímu nárůstu počtu případů cholery v polovině července, kdy začalo období dešťů. Jen během pěti týdnů se nakazilo téměř 6 tisíc obyvatel. Ministryně zdravotnictví Sierry Leone Zainab Hawa Bangura

ra dává vypuknutí epidemie za vinu ozbrojenému konfliktu, jenž v zemi ještě nedávno probíhal a který způsobil masivní migraci obyvatelstva z venkovských do městských oblastí. „Velká část populace nyní žije na okraji měst v provizorních podmínkách. Hygienické podmínky jsou zde naprosto nedostačující,“ potvrzuje Zainab Hawa Bangura.

(Zdroj: BBC)

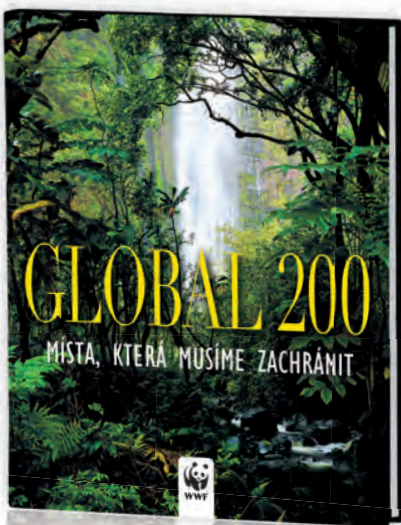
(kha)

Předplatte si MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

Předplatné na rok + mimořádný dárek

Kniha Global 200

200 nejzajímavějších, ale i neohroženějších míst planety Země slovy a obrazem WWF (World Wildlife Found) v rámci celosvětového projektu ochrany neohroženějších 200 oblastí, důležitých z ekologického a environmentálního pohledu, požádal prestižní italské nakladatelství White Star, známé spoluprací s časopisem National Geographic, aby na toto téma vytvořilo knihu. Nejdůležitějších a neznámějších 40 míst, kterými se projekt zabývá, je ukázáno na velkoformátových nádherných fotografiích a jsou podrobně popsána. Všechna ostatní místa jsou zmíněna a představena krátkým textem a malou fotografií.



Kompletní nabídka knih na knihy.cz

**Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 9. 9. 2012.
Předplatné na rok pouze za 590 Kč**



Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku předplatne.mf@cpost.cz, uveďte své **jméno** a **doručovací adresu** a informaci, zdali jste nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZDN 0812**. Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách www.mf.cz



Volejte zdarma 800 300 302

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZDN 0812**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.



Pošlete SMS na číslo 900 09 06

ve tvaru **ZDN ABO jméno, příjmení, adresa, lékařská specializace** (v případě, že jste lékař) předplatitele. Cena SMS je 6 Kč včetně DPH. Službu provozuje go.NET s. r. o. Technicky zajišťuje MobilBonus s. r. o. Help line 777 717 535 po-pá 9.00-17.00.

Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. Dárky jsou rozesílány do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné. Předplatitel bere na vědomí, že předplatné s dárkem nebo slevou nelze po dobu jednoho roku ode dne provedení objednávky vypovědět. Předplatitel dále bere na vědomí, že předplatné se automaticky prodlužuje na další období v délce jednoho roku, pokud předplatitel svým písemným oznámením adresovaným společnosti Mladá fronta a.s. nesdělí, že trvá na jeho ukončení. Svoji objednávkou předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svoji objednávkou dále dává předplatitel souhlas se zařazením všech jím vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a.s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, Praha 4, jakožto správce, a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tiskových prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., o některých službách informační společnosti, a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Předplatitel rovněž uděluje souhlas 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 kdykoliv 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 správce se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na www.mf.cz

Reakce AIFP na články Hospodářských novin

Reakce na články „Komisaře pro očkování platí výrobci vakcín“ a „V USA rozkryli českou korupci: Pfizer si kupoval lékaře a vydělával“, publikované v Hospodářských novinách.

Považujeme za alarmující, že zde stále dochází k zásadnímu nepochopení významu spolupráce lékařů s farmaceutickým průmyslem. Ta je naprosto klíčová pro vývoj nových přípravků určených k léčbě a prevenci závažných onemocnění. Ve světě se přeci jedná o běžnou praxi. Domníváme se, že je nutné uvést skutečnosti ze zmiňovaných článků na pravou míru.

Veškerá spolupráce inovativních farmaceutických firem se zdravotnickými odborníky se řídí přísnými pravidly zákona o reklamě č. 40/1995 Sb. a etickým kodexem Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP). Spolupráce je vždy maximálně transparentní a doložitelná. Její přínos lze mj. demonstrovat na klinickém výzkumu a vývoji nových léků pro prevenci a léčbu závažných onemocnění: 90 % těchto výzkumů je realizováno pouze díky spolupráci odborníků s farmaceutickými společnostmi.

Vývoj nových léčiv

Veškerá spolupráce farmaceutického průmyslu se zdravotnickými odborníky je ve světě zcela běžná, legitimní a především nezbytná pro vývoj nových účinných humánních léčiv. Z nejnovější analýzy společnosti Ernst & Young vyplývá, že bez této spolupráce by 90 % veškerých klinických studií, v jejichž rámci jsou nové preventivní a léčebné přípravky vyvíjeny, vůbec nebylo realizováno. Pro přesnost, v roce 2010 investovaly farmaceutické společnosti přes 1,2 miliardy Kč.

Průběh klinického hodnocení podléhá přísným pravidlům Správné klinické praxe, Helsinské deklarace i legislativy EU a ČR pro

provádění klinických hodnocení. Na etické a správné provedení studií dle schváleného protokolu dohlíží jak sám zadavatel, tak i kontrolní úřady (SÚKL, Evropská léčková agentura, resp. ostatní regulační autority v Evropě) a nezávislé etické komise. Naprostou transparentnost celého procesu klinických studií zaručuje skutečnost, že studie jsou uváděny ve veřejně dostupném registru na stránkách farmaceutických firem nebo SÚKL, v evropském registru klinických hodnocení a také v registru *ClinicalTrials.gov*. Všechny platby výzkumným centrům a odborníkům, kteří se na klinických studiích podílejí, jsou poté odůvodnitelné, mají přiměřenou hodnotu, jsou transparentně dojednány a doložitelné.

Pro lepší ilustraci ještě dodejme, že spolupráce s odborníky je také běžnou praxí v dalších průmyslových oblastech, jako je např. IT nebo automobilový průmysl.

Vzdělávací semináře a odborné kongresy

Lékaři jsou AIFP považováni za respektované partnery, díky kterým má asociace a její členské společnosti možnost získat aktuální poznatky, jež mohou napomoci výzkumu a vývoji v léčbě a prevenci řady závažných onemocnění. Veškerá spolupráce se děje v rámci striktních pravidel zákona o reklamě č. 40/1995 Sb. a etického kodexu AIFP. Tyto dokumenty regulují také další oblasti, ve kterých dochází ke kontaktu mezi odborníky a farmaceutickým průmyslem, mj. pořádání vzdělávacích seminářů



Mgr. Jakub Dvořáček
výkonný ředitel AIFP

a účast lékařů na odborných kongresech. Finanční podpora vzdělávacích seminářů je vždy realizována transparentně, tj. sponzorující firma je uváděna na materiálech, jež s daným seminářem souvisí. Neexistuje totiž žádný

důvod, proč by naši členové měli svou participaci tajit. Pravidla jsou zde jasná a transparentní. Asociace však jde ještě dál. Společně s Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP) připravuje projekt deklarace střetu zájmů (*disclaimer*). Tento projekt ukládá odborníkům-autorům, kteří publikují v rámci vydavatelství odborných medicínských časopisů a literatury, povinnost otevřeně deklarovat své případné smluvní závazky vůči farmaceutickým společnostem.

Odborné kongresy jsou z pohledu asociace jedním z důležitých pilířů kontinuálního vzdělávání lékařů. Odborníci díky nim získávají aktuální informace ze svého oboru, udržují „krok“ s vývojem moderní medicíny a získávají kontakty s vědci a odborníky z dalších zemí. Odborné kongresy jsou ve většině případů organizovány odborníky společnosti, jež jsou výsadním garantem jejich kvality a erudice.

Pokud některá členská společnost AIFP lékaře na kongres vyšle, vždy nejprve ověřuje jeho kvalitu, například prostřednictvím veřejně dostupné databáze evropských kongresů EPPIA či vlastní veřejně přístupné databáze kongresů na internetových stránkách www.lekarskekongresy.cz. Kongresy jsou zde hodnoceny



Ilustrační foto: Shutterstock

na základě velmi striktních kritérií, mezi něž patří mimo jiné vhodnost lokality pro konání akce, splnění kritérií odbornosti, specializace apod. Odborníkovi je poskytnuto pouze to, co dovoluje etický kodex AIFP, tj. uhrazení letenky, ubytování a registračního poplatku. Lékař také musí přijet na kongres nejdříve 24 hodin před ním a odjet nejpozději 24 hodin po něm. Veškeré další náklady nese lékař sám.

Pro členské společnosti je vysílání lékařů na odborné kongresy jistou formou dobrovolné společenské odpovědnosti, jejímž prostřednictvím nabízejí odborníkům šanci zdokonalovat se ve svém oboru a následně přispět ke zlepšení léčby svých pacientů. V poslední době však dochází k postupnému omezování těchto aktivit a alokování finančních prostředků do jiných oblastí společenské odpovědnosti. Některé členské společnosti již lékaře na kongresy nevozí vůbec, a to především z důvodu jednostranné negativní publicity v médiích, která opomíjí základní principy odborných kongresů.

Imunizační komise

Z výše uvedeného by nyní mělo být zřejmé, že spolupráce farmaceutického průmyslu s odborníky je nejen opodstatněná, ale také vysoce žádoucí, a to nejen v ob-

lasti zdravotnictví, ale i v dalších průmyslových oblastech.

V konkrétním případě očkování lze již jen dodat, že Národní imunizační komise pouze dává doporučení, která očkování mají být povinná. Členové Národní imunizační komise jsou navíc podrobováni přísným etickým prověrkám před každým hlasováním, aby byl vyloučen jakýkoli střet zájmu. Jsou přitom povinni řídit se i velmi důkladnými a vymahatelnými etickými pravidly stanovenými příslušnými etickými kodexy.

K finálnímu rozhodnutí o povinných očkováních pak dochází na půdě parlamentu nebo ministerstva zdravotnictví ve spolupráci s renomovanými odborníky různých specializací (vakcinology, pediatri, infektology, hygieniky, epidemiology atd.). Díky aktuálním informacím z domova i ze zahraničí mají tito lidé nejlepší přehled o kompetenci rozhodnout o složení očkování tak, aby bylo co nejlépe chráněno zdraví dětí i dospělých. Pro samotné očkování se pak používají pouze ty vakcíny, které před uvedením na trh prošly velmi pečlivým testováním a klinickými studiemi.

Věříme, že toto prohlášení přispěje k návratu k věcné debatě o spolupráci mezi odborníky a farmaceutickým průmyslem.

Inzerce A121008696



Oblastní nemocnice Trutnov proškolila v komunikaci 325 zdravotníků, ošetřovatelů a dalších zaměstnanců.

Kurzy komunikace uspořádala trutnovská nemocnice v rámci projektu **Vzděláváním k vyšší kvalitě** financovaného Evropskou unií, Evropským sociálním fondem prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a ze státního rozpočtu ČR. Cílem komunikačních kurzů je větší otevřenost zdravotníků ke změnám, rozvoj spolupráce mezi zaměstnanci v různých pracovních pozicích a růst kvality služeb trutnovské nemocnice. Bylo vytvořeno celkem 13 nových metodik, podle kterých školí interní lektori nemocnice. Kurzy se konaly od září 2010 do května 2012 a nemocnice na ně obdržela 4,5 milionu korun.

Další informace o trutnovské nemocnici najdete na jejím novém webu www.nemtru.cz

EK schválila linagliptin/ metformin HCl u diabetu

Evropská komise udělila registraci fixní kombinaci linagliptinu a metforminu HCl pro léčbu pacientů trpících diabetem 2. typu.

Jentaduet (výrobce Boehringer Ingelheim a Eli Lilly) kombinuje v jedné tabletě inhibitor DPP-4 linagliptin a metformin. Spolu s dietou a cvičením byl nový přípravek schválen ke zlepšení kompenzace diabetu u dospělých pacientů s diabetem 2. typu nedostatečně kompenzovaných maximální tolerovanou dávkou samotného metforminu, metforminu a sulfonylurey nebo těch, kteří již jsou léčeni kombinací linagliptinu a metforminu.

Zjednodušená forma

„Těší nás, že fixní kombinace linagliptinu a metforminu bude

brzy k dispozici v celé Evropě,“ říká profesor Klaus Dugi ze společnosti Boehringer Ingelheim. „Mnoho pacientů potřebuje pro kompenzaci diabetu více než jeden způsob léčby. Přípravek nabízí zjednodušenou formu podávání dvou účinných látek v jedné tabletě, navíc se může pochlubit příznivým profilem nežádoucích účinků,“ dodává prof. Dugi.

Nepůsobí významné změny hmotnosti

V klinických studiích bylo u pacientů s nedostatečnou kontrolou glykemie pozorováno snížení hladiny glykovaného hemoglobi-

nu (HbA_{1c} či A_{1c}) o 1,7 % oproti placebo při podávání nejvyšší dávky 2,5 mg linagliptinu/1000 mg metforminu HCl 2x denně. V klinických studiích linagliptin/metformin HCl nezpůsobil žádné významné změny v tělesné hmotnosti a lze jej použít samostatně nebo v kombinaci se sulfonylureou. Linagliptin/metformin HCl bude v Evropě k dispozici v následujících dávkách užívaných dvakrát denně: tablety 2,5 mg linagliptinu/850 mg metforminu nebo tablety 2,5 mg linagliptinu/1000 mg metforminu.

(red)

Informace týkající se reklamy u léků ve specifickém léčebném programu

Státní ústav pro kontrolu léčiv upozorňuje na pravidla platná pro reklamní sdělení u léčivých přípravků ve specifickém léčebném programu.

Specifický léčebný program (SLP) umožňuje za určitých podmínek zajistit dostupnost neregistrovaného léku pro pacienty v České republice. Použití, distribuce a výdej léků v rámci SLP jsou možné pouze na základě platného souhlasu Ministerstva zdravotnictví ČR.

Nepovolená reklama

Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) v rámci své kontrolní činnosti zjistil, že v některých případech jsou předmětem reklamy právě i léčivé přípravky zařazené do specifického léčebného

programu. Upozorňuje zadavatele, zpracovatele a šířitele reklamy, že taková reklama není zákonem o regulaci reklamy povolena. Léčivý přípravek takto zařazený není v ČR registrován a zákon o regulaci reklamy v § 5, odst. 4 stanoví, že předmětem reklamy může být pouze humánní léčivý přípravek registrovaný podle zvláštního právního předpisu.

Za reklamu, která propaguje neregistrovaný léčivý přípravek, může být uložena pokuta až do výše 2 milionů Kč.

Přehled všech SLP je k dispozici

v rámci databáze registrovaných léčivých přípravků (součástí rozšířených parametrů pro vyhledávání). Léky dovážené v rámci SLP jsou označeny písmenem „F“ ve sloupci „Stav registrace“. V detailu mají tyto přípravky navíc vyplněné informace v záložce označené „Specifický léčebný program“, kde je uveden:

- účel programu,
- pracoviště, kde se lék používá,
- počet balení, které je možné v rámci programu dovézt,
- distributor daného léku,
- datum schválení programu,
- platnost programu.

Ilustrační foto: Shutterstock



Oznámení a upozornění SÚKL

• Státní ústav pro kontrolu léčiv na základě § 98 odst. 1 a § 99 odst. 1 písm. a) zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů, informuje, že na základě opatření držitele rozhodnutí o registraci, společnosti Novartis, s. r. o., se stahuje z úrovně zdravotnických zařízení léčivý přípravek Fenistil 24, por. cps. pro., 20x4 mg (čísla šarží: L11001, K10002, I08001).

Léčivý přípravek se stahuje z důvodu schválené změny v registraci týkající se změny způsobu výdeje léčivého přípravku (dříve: výdej léčivého přípravku vázán na lékařský předpis, nyní: výdej léčivého přípravku možný bez lékařského předpisu), která nabyla účinnosti dne 1. 8. 2012.

K dispozici je v současné době

por. cps. pro. 10 x 4 mg, kód SÚKL: 15495, číslo šarže: M12002, jehož výdej je možný i bez lékařského předpisu.

• Státní ústav pro kontrolu léčiv na základě § 99 odst. 1 písm. a) zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů, informuje, že se uvolňuje distribuce, výdej a léčebné použití léčivého přípravku Dicynone 250, inj. sol., 4x2 ml.

Léčivý přípravek se stahoval z důvodu prověření závady v jakosti. Šarže se po provedené kontrole uvolňují k distribuci, výdeji a léčebnému použití pod novým označením: 9Y005/AH, 0Y005/AH, 8Y010/AH, 9Y003/AH. Na primárním obalu (na ampulkách) zůstává původní číslo šarže: 9Y005, 0Y005, 8Y010, 9Y003.

Penta kupuje Gehe Pharma Praha a Lloyds

Česko-slovenská finanční skupina Penta Investments oznámila svůj záměr převzít od německého koncernu Celesio AG distribuční společnost Gehe Pharma Praha a lékárenskou síť Lloyds.

Transakce Pentu vyjde na 84,5 milionu eur (asi 2,1 miliardy korun). Dokončení obchodu nyní závisí na udělení souhlasu českého Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže.

Zajímavý cíl

Skupina Penta díky tomuto obchodu výrazně posílí svou pozici na českém trhu s léčivými „Prostřednictvím

Dr. Maxe a jeho platformou v jednotlivých zemích konsolidujeme lékárny ve střední Evropě. Proto pro nás byl řetězec Lloyds společně s významnou distributorskou společností Gehe Pharma velmi zajímavým cílem,“ uvedl investiční ředitel Penty Václav Jírků.

Gehe Pharma Praha patří mezi největší velkoobchody s léky v České republice, jeho provozní zisk dosá-

hl v roce 2010 přibližně 120 milionů korun, tržby se vyšplhaly na 9,9 miliardy Kč. Síť lékáren Lloyds je třetím největším lékárenským řetězcem u nás – provozuje 55 lékáren a jeho obrat dosahuje asi 1,4 miliardy korun. Skupina Penta již zkušenosti s tímto druhem podnikání má, pod značkou Dr. Max provozuje 212 lékáren.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

3D skeny slouží i lékařům

Technologie 3D skenování bez užití laseru našla své uplatnění i v medicíně. Využívají ji například lékaři popáleninových center nebo plastičtí chirurgové, slouží rovněž pro tvorbu protetických náhrad.

Základním principem 3D skenování je promítání přesně definované mřížky na skenovaný objekt. Na základě deformace mřížky na snímaném objektu je vypočítán a rekonstruován jeho povrch. Proces skenování je tak velmi rychlý a jednoduchý, snímaný model se současně objevuje na monitoru. Zároveň se snímáním tvaru dochází i ke snímání textury a barvy objektu, výsledkem je tak přesný odraz reality.

Na rozdíl od laserových skenerů není nutné polepit objekt referenčními značkami.

Šetrnější metoda

V České republice se 3D skenery uplatňují například při tvorbě protetických náhrad. „Dříve bylo zapotřebí vyrobit odlitek příslušné části těla ze sádky, z toho vznikl takzvaný negativ, ze kterého pak bylo třeba udělat pozitiv a teprve ten se převáděl do digi-

tální podoby, z níž mohl po korekcích vzniknout model pro výrobu náhrady. Celý proces zabral zhruba půl dne, nyní je to díky skeneru Artec hodina,“ říká zástupce výhradního dovozce skenerů Jaroslav Pěček.

Skenery je možné uplatnit i v popáleninové péči, při výrobě masek pro léčbu popáleninových jizev. Masku lze pacientovi vyrobit přímo na míru, s vysokou přesností, navíc bezkontaktní meto-



Foto: archiv Artec 3D scanners

da je pro nemocného mnohem šetrnější než klasický postup. 3D skenování bez pomoci laseru již

využívají i plastičtí chirurgové nebo dietetologové.

(akt)

Vzteklina v Peru není vždy fatální

Výzkumníci z amerického Centra pro kontrolu a prevenci nemocí zjistili, že jeden z 15 obyvatel žijících v odlehlých oblastech kolem řeky Amazonky má i bez lékařské intervence protilátky vůči viru vztekliny, který ročně vede k úmrtí více než 55 tisíc lidí po celém světě.

Vzteklina je neurologické onemocnění, jež se přenáší ze zvířat na lidi slinami infikovaných zvířat, kousnutím nebo škrábnutím. Chorobě je možno předejít imunizací, pokud k ní dojde během několika hodin od incidentu.

Přirozeně vytvořená imunita

V některých částech světa, kde je vzteklina endemická a vakcinace neexistuje, jako například u inuitských lovců nebo lovců myvalů na Floridě, byla zjištěna

určitá míra rezistence a dřívější studie ukázaly, že někteří lidé mají protilátky proti tomuto viru bez vakcinace.

Ve dvou komunitách v Peru, kolem řeky Amazonky, kde je vzteklina endemická, našel Gilbert protilátky proti vzteklině u zdravých neočkovaných obyvatel, kteří byli v kontaktu s upíry. Ti obvykle sají krev domácího zvířectva, ale občas i větších savců včetně lidí. 23 % populace (73 z 316) sledované komunity přiznalo, že bylo ve styku s těmito netopýry, 54 % bylo kousnuto.

Krevní vzorky získané od 63 osob byly analyzovány rychlou fluorescenční metodou (*fluorescent focus inhibition test*) a u 11 % byly nalezeny protilátky neutralizující virus, dále se u 3 osob našly ribonukleoprotein-IgG protilátky a u 2 lidí ribonukleoprotein-IgM protilátky. Celkem 9 příslušníků této komunity bylo séropozitivních, všech 9 bylo v kontaktu s upíry a 7 jich bylo kousnuto. Séropozitivita byla spojena s vyšším věkem člověka (více než 29 let).

Rezervoárem vztekliny v této oblasti je populace upírů, takže je

teoreticky možné, že následkem častého kontaktu s tímto virem se vyvine přirozená imunita. To však neplatí pro náhodného hostitele, který má tuto příležitost málokdy, takže nemá dostatečný stimulus, aby u něj mohla vzniknout dostačující imunita, jež by této fatální infekci zabránila.

Genetické a imunologické odlišnosti

Peruánci o vzteklině věděli velice málo nebo vůbec nic – nevědomovali si její riziko a netušili, jak by se před touto infekcí mohli chránit. Omývání ran nebo návštěva zdravotnického střediska byla výjimkou. Autoři studie otištěné v *American Journal of Tropical Medicine* soudí, že tato populace by mohla

být geneticky a imunologicky odlišná, neboť lidé kdekoli jinde na světě žádnou přirozenou odolnost vůči této infekci nemají. Existují také jiná vysvětlení, proč v těchto případech nebyla infekce fatální (jak by se bez rychlé vakcinace stalo všude jinde) – například přítomnost bakterií ve slinách netopýra, které vyvolají větší imunní reakci, nebo příliš malé inokulum. Genetické studie skupiny Peruánců s přirozenou rezistencí vůči vzteklině by mohly odhalit biochemické nebo fyziologické důvody, proč je tato populace schopna přežít infekci, jež je pro všechny ostatní lidi bez rychlé pomoci smrtelná.

Přítomnost protilátek v séru proti vzteklině nicméně neznamená, že osoba vzteklinu nedostane. I když někteří Peruánci mají protilátky, výzkumný tým nevěří, že jsou dostatečně chráněni, a doporučuje proto, aby všichni, kdo byli v kontaktu se vzteklinou, vyhledali bez odkladu lékařskou pomoc a léčbu.

(Zdroj: *American Journal of Tropical Medicine*)

Milena Lesná



Ilustrační foto: es-static.us

Statiny a únava

Léčba statiny vede především u žen k pocitu ztráty energie a stoupající únavy. Ukázala to randomizovaná klinická studie publikovaná v *Archives of Internal Medicine*.

Do studie bylo zahrnuto 1000 dospělých se zvýšenou hladinou LDL cholesterolu, bez příznaků kardiovaskulární choroby nebo diabetu. Účastníci byli rozděleni do 3 skupin – v první byl pacientům podáván simvastatin v dávce 20 mg/den, ve druhé pravastatin 40 mg/den a ve třetí placebo.

Po 6 měsících léčby se u účastníků užívajících simvastatin, zejména

na u žen, objevila stoupající únava a zhoršující se pocit ztráty energie. Podle autorů se jedná o první randomizovanou studii, jež potvrzuje tento nežádoucí účinek statinu a která si zasluhuje pozornost především v situacích, kdy jsou tyto léky předepisovány osobám, u nichž nelze očekávat žádný podstatný užitek co do morbidity nebo mortality.

(Zdroj: *Archives of Internal Medicine*) (mls)

Možnosti nového **angio CT ve VFN**

Od poloviny roku 2010 do konce srpna 2012 je realizován projekt „Modernizace a obnova přístrojového vybavení Komplexního kardiovaskulárního centra VFN v Praze“ podpořený v rámci integrovaného operačního programu. Projekt je spolufinancován Evropskou unií z Evropského fondu pro regionální rozvoj. V rámci projektu VFN získala a od nového roku zprovoznila i nové angio CT.

Nový přístroj je 256řadý výpočetní tomograf nejvyšší kategorie, Brilliance iCT. Díky tomuto modernímu a především rychlému přístroji je pacientům Komplexního kardiovaskulárního centra umožněno CT vyšetření věnčitých tepen, jehož dosavadní výpočetní tomografie ve VFN schopny nebyly. „U pacientů s nízkým a středním rizikem ischemické choroby srdeční tak můžeme spolehlivě zobrazit postižení věnčitých tepen a analyzovat strukturu aterosklerotických plátů s dalšími léčebnými následky.“ Část pacientů tak vůbec nemusí podstupovat invazivní katetrizaci věnčitých tepen,“ uvádí přednosta 2. interní kliniky – kliniky kardiologie a angiologie 1, LF UK a VFN v Praze prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc. Přístroj podstatně lépe zobrazuje i další tepny, například dolních končetin. Případný intervenční výkon tak lze dopředu naplánovat. Díky vysoké rychlosti skenování, výrazně snížené radiační zátěži u některých vyšetření a vyso-

ké rozlišovací schopnosti přístroje lze bezpečně vyšetřovat nemocné, kteří dříve byli indikováni k běžným diagnostickým angiografickým výkonům spojeným s vyšší radiační zátěží rizikem lokálních komplikací v místě vstupu do cévního systému. Spolu s CT byl dodán i iterativní rekonstruktor iDOSE4. Ten umožňuje snížení šumu ve zhotovených vyšetřeních nebo provedení určitých vyšetření s nižší radiační zátěží. Nově tu používají i multimodální diagnostický portál Intellispace s řadou speciálních softwarových balíčků, například na analýzu věnčitých tepen, výdutí břišní aorty či perfuze mozku. Tento software zrychluje a zjednodušuje interpretaci vyšetření z různých modalit a umožňuje přímočarou prezentaci výsledků vyšetření klinickým oborům.

Krátký rozhovor k některým z dalších diagnostických možností nového CT poskytl naší redakci MUDr. Ing. Lukáš Lambert z Radiodiagnostické kliniky 1. LF UK a VFN.



Výpočetní tomograf Brilliance iCT. | Foto: archiv VFN

Představil jste nový přístroj angio CT. Zmínil jste však rovněž možnost vyšetřovat s jeho pomocí i jiné indikace,

než které jsou u vás primární. Existuje například možnost touto metodou zčásti (v její diagnostické fázi) na-

Stimulace nervu vagu u pacientů se srdečním selháním

V rámci mezinárodní klinické studie zkoušejí lékaři Nemocnice Na Homolce elektrickou stimulaci pravého nervu vagu u pacientů s chronickým srdečním selháním.

„Slibujeme si od toho, že srdce nemocných bude pracovat efektivněji a s menšími energetickými nároky než dosud. Díky tomu se nemocní budu moci věnovat i namáhavějším činnostem, než byli doposud schopni, a celkově se zlepší kvalita jejich života,“ vysvětluje primář kardiologického oddělení Nemocnice Na Homolce prof. MUDr. Petr Neuzil, CSc.

Lepší hospodaření s kyslíkem

Systém skládající se z elektrody a neurostimulátoru implantovali v tomto zařízení již třem pacientům s chronickým srdečním selháním. Celkově bude v rámci klinické studie, již se zúčastní cca 250 nemocných z různých evropských zemí, zákrok proveden asi 20 pacientům Nemocnice Na Homolce.

Desátý hlavový nerv ovlivňuje řa-

du orgánů břišní a hrudní dutiny, odborníci proto předpokládají, že jeho drážděním je možné příznivě působit na srdeční aktivitu. Elektrostimulace nervu vagu totiž ovlivňuje hospodaření srdce s kyslíkem a pomocí této metody lze snížit jeho spotřebu. Zákrok se provádí v celkové anestezii, operatři během něj zavedou pacientovi na krční úsek bloudivého nervu elektrodu, následně vytvoří podkožní tunel, jímž protáhnou vodič spojující elektrodu a stimulator generující elektrické impulzy (ten je uložen pod klíční kostí). Systém se dobíjí jedenkrát týdně pomocí speciální baterie, životnost generátoru se pohybuje okolo 10 let.

Prevalence chronického srdečního selhání se v rozvinutých zemích pohybuje mezi 0,4 a 2%, u věkové skupiny nad 70 let však dosahuje až 10%.

(Zdroj: Nemocnice Na Homolce)

(kha)

Odborníci z MU monitorují chemikálie v prostředí

Odborná skupina, jejímž úkolem je mimo jiné monitorovat v životním prostředí koncentrace látek, které se do něho dostaly z léčiv nebo kosmetických a čisticích prostředků, vznikla při Centru pro výzkum toxických látek na Masarykově univerzitě v Brně.

Důvodem vzniku skupiny je skutečnost, že v současnosti v České republice neexistují komplexní data mapující problematiku výskytu zmíněných látek v prostředí. Vznik nového týmu umožnil tříletý projekt Podpora odborníků a mezinárodního networkingu v oblastech environmentálního výzkumu v ČR, který získal více než 26 milionů korun z evropského Operačního programu Vzdělávání pro konkurenceschopnost.

Nebezpečné směsi

Zbytky chemikálií se do životního prostředí dostávají nejčastěji odpadními vodami. Ačkoli stávající systémy čističek odpadních vod dovedou upravit vodu tak, že je vhodná k pití, určité znečištění v ní zůstává. „Koncentrace, ve

kterých se látky vyskytují, se mohou samy o sobě zdát zanedbatelné, jednotlivě jsou chemikálie pod bezpečnými hladinami, ve skutečnosti ale tvoří v přírodě vysoce složitou a dlouhodobě působící směs, které se projevují velmi nebezpečnými účinky,“ říká vědecký koordinátor Centra pro výzkum toxických látek v prostředí doc. RNDr. Luděk Bláha, Ph.D. Podle dosavadních výsledků mohou látky z léčiv, kosmetických nebo čisticích prostředků způsobovat například poruchy učení a chování či poškozovat imunitní systém.

Vyšší míra rezistence

V České republice představují největší problém především antibiotika a antibakteriální látky. „V tuzemských vodách nachází-

hradit stávající invazivní metodu kolonoskopie?

Ano. U indikované části pacientů jsme schopni provádět CT kolonografii. Pacient před ní musí podstoupit obdobnou nebo i méně agresivní přípravu než před normálním endoskopickým vyšetřením. Toho asi 90 procent pacientů ušetříme, ale přibližně 10 procent vyšetřených musí následně podstoupit normální kolonoskopii například kvůli odstranění nalezeného polypu. Oproti klasické kolonoskopii máme možnost prohlednout střevo nejen ze strany pohledu kolonoskopu, ale i ze strany opačné. Spolehlivě tedy vidíme polypy schované za slizničními řasami či za ostrými ohyby.

Jak je to s úhradami kolonografie touto metodou?

Probíhá jednání se zdravotními pojišťovnami. Nyní ji hradí jen z medicínské indikace, při podezření na nemoc. CT kolonografii ze screeningové indikace by si pacienti museli hradit sami.

Komplexní kardiovaskulární centrum VFN je prvním pracovištěm v republice, které toto CT získalo?

My jsme druzí, první instalace tohoto přístroje byla provedena ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady.

Jana Jilková

(Zdroj: Masarykova univerzita)

(kha)

ODBORNÉ AKCE

Konference CELCC jako platforma boje proti plicnímu karcinomu

V červnu proběhla v Praze 13. středoevropská konference o plicním karcinomu (CELCC). Cílem setkání byla výměna zkušeností i představení terapeutických novinek a diagnostických pokroků.

„Konference je zaměřena především na problémy týkající se střední Evropy, ale můžeme říci, že její význam je celosvětový. Scházejí se zde odborníci ze základního i aplikovaného výzkumu, molekulární patologie, chirurgie, pneumologie, pneumoonkologie a radioterapie, což ukazuje na nezbytnost komplexní multidisciplinární péče. Léčba pacientů s plicním karcinomem je dnes personalizovaná neboli šitá na míru pacientovi. Možnost identifikace molekulárních znaků a cíleného zásahu na odpovídající nádorové struktury zcela změnila přístup k léčbě tohoto onemocnění,“ uvedl prezident kongresu a přednosta Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze prof. MUDr. Luboš Petruželka, CSc.

„Střední Evropa je vhodným místem pro výměnu informací o plicním karcinomu a jistě je zde velký důvod proč se zaměřit na preventivní strategie v této oblasti, stejně jako na nutnost implementace nových léčebných postupů. V posledních letech jsme zaznamenali velký pokrok v oblasti léčby tohoto karcinomu. Je to zčásti i díky poznání, že plicní karcinom není jedno onemocnění, ale představuje různé typy karcinomů s odlišnou molekulární charakteristikou. Zároveň se podařilo vyvinout molekuly působící cíleně na jednotlivé typy karcinomů, což se odráží v účinnější a také bezpečnější léčbě,“ řekl prof. Fred Hirsch z Coloradské univerzity v Denveru a zdůraznil, že jedním z hlavních cílů prevence tohoto onemocnění je omezit kouření v populaci.

Role médií a politiků

Podle profesora Roberta Pirker z Lékařské univerzity ve Vídni je nezbytné zaměřit se v oblasti prevence nejen na spolupráci mezi experty, ale také na politiky a veřejnost – informovat občany o nebezpečnosti kouření a jeho následcích a především zapojit do boje s kouřením média. „Země by měly přijmout opatření vedoucí ke snížení kouření, jako je napří-

klad zvýšení ceny cigaret. Ale musíme si uvědomit, že mnohem častěji kouří lidé s nižším vzděláním než vysokoškoláci, takže se pozitivní informace a změny v této oblasti obtížně prosazují,“ vysvětlil prof. Pirker.

„Média mají obrovskou odpovědnost v tom, jak budou nebo nebudou informovat o plicním karcinomu,“ doplnil prof. Hirsch. Problematika tohoto nádoru podle něj mediálně zaostává daleko vzadu za karcinomem prsu. Je to jednak z důvodu aktivity patientských organizací, které se mnohem víc angažují v otázkách prevence karcinomu prsu, ale i proto, že u plicního karcinomu veřejnost předpokládá, že si za něj mohou pacienti sami. Karcinom plic přitom není jen onemocněním kuřáků. Tato skutečnost byla na letošním kongresu několikrát zdůrazněna. „Domněnka, že tomu je jinak, může vést k tomu, že prostředky na výzkum tohoto karcinomu budou omezeny z mylného přesvědčení, že stačí přestat kouřit,“ varoval prof. Petruželka.

Legislativní kroky

Plicní karcinom je obtížně léčitelný a má špatnou prognózu. Více než dvě třetiny případů jsou diagnostikovány v pozdním stadiu a jen 7% nemocných přežije 5 let po diagnóze. Přestože kouření cigaret není jediným rizikovým faktorem (považuje se za hlavní příčinu většiny plicních karcinomů), je spojeno téměř s 85% všech případů. Maďarsko již přijalo zákaz kouření na veřejných prostranstvích. Na konferenci o tom informoval prof. Gyula Ostoros z Korányiho národního institutu pro tuberkulózu a pneumologii v Budapešti. Podle něj by to mělo vést ke snížení výskytu plicní rakoviny v zemi.

Česká republika na tom z hlediska výskytu plicního karcinomu a preventivních opatření není nejlépe. Rámcovou úmluvu o kontrole tabáku jsme podepsali jako jedna z posledních zemí a nyní jsme



Zleva: profesori Ostoros, Kolek, Petruželka, Pirker, Hirsch a MUDr. Zemanová na tiskové konferenci.

Foto: archiv pořadatelů

teprve ve fázi přípravy dalších legislativních kroků, které by měly na tento podpis navázat. „Určitě budeme usilovat, abychom se dostali alespoň na úroveň Maďarska – aby tabák nebyl tak volně přístupný a nekuřáci nebyli exponováni kouřem,“ přislíbil přednosta Kliniky plicních nemocí a tuberkulózy LF UP a FN Olomouc prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc.

Ekonomické limity

Nové léčebné strategie sice umožnily prodloužit dobu přežití pacientů s karcinomem plic, ale lékaři se potýkají s ekonomickými problémy. Mají sice k dispozici cílené léky, ale tato terapie je velmi drahá. „Přes významné pokroky v léčbě navíc musíme čelit nárůstem, že léčba plicního karcinomu je nákladná, a přitom nedostatečně efektivní. Je pravda, že ročně na toto onemocnění umírá kolem 5 tisíc pacientů, což je vysoké číslo, navíc stoupá mortalita u žen. Na druhé straně se prodlužuje doba přežití. Jestliže před 20 lety přežívali pacienti s inoperabilním karcinomem průměrně 6 měsíců, nyní je tato doba dvojnásobná. Kromě toho dnes umíme operovat i složitější nálezy. Co se týče léčby, rozhodně nelze mluvit o neefektivitě nebo plýtvání,“ zdůraznil prof. Kolek.

Pacientům je podle jeho slov poskytována taková léčba, která jim skutečně zajistí delší přežití. Důležité je i to, že se tato terapie poskytuje v onkologických centrech, s nimiž pneumologové – kteří obvykle jako první přijdou do kon-

taktu s pacientem, u něhož se objevily varovné příznaky – úzce spolupracují.

Správná léčba pro správného pacienta

„Multidisciplinární přístup nám umožňuje u každého pacienta dobře načasovat jednotlivé léčebné modalitty a maximálně zvýšit šanci na jeho přežití. U pacientů, kteří nejsou v posledním stadiu onemocnění, je časová posloupnost radioterapie, chemoterapie a chirurgie velmi důležitá,“ vysvětlila MUDr. Milada Zemanová z Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Kromě zavedení nových molekul určených pro cílenou léčbu plicního karcinomu do praxe došlo k významnému pokroku i v radioterapii. V oblasti zobrazovacích metod jsme na úrovni západních zemí. Pomocí CT s nízkou radiační zátěží dnes radiologové umějí najít uzly o velikosti několika milimetrů, který se může později diagnostikovat jako plicní karcinom. Tuto metodu lze potenciálně využít ke screeningu, jak ukázaly studie v USA a západní Evropě, kde se v rámci tohoto screeningového programu o pětinu snížila mortalita na plicní karcinom. Má to však své limity, zejména ekonomické. Z hlediska přežití je důležité zachytit karcinom pokud možno ve stadiu asymptomatickém. Bohužel záchyt v operabilním stadiu je velmi nízký a možnost primárního screeningu u nás – z výše uvedených důvodů – zatím neexistuje.

Pro výběr správné léčby je důležitá

i spolupráce s patologií. „Bez informací o histopatologii nádorů nelze léčbu správně cílit. Plátcí zdravotního pojištění by měli věnovat dostatek prostředků na molekulární diagnostické metody, které nám umožní správně vybrat pacienty pro konkrétní léčbu,“ uzavřel prof. Petruželka.

Dvacetiletá tradice

Na konferenci se sešlo kolem 600 účastníků z Evropy, jakož i zástupci ostatních kontinentů – Jižní Ameriky, Austrálie, Nového Zélandu, Egypta či Japonska. Z 50 aktivních sdělení asi polovinu tvořily vyžádané přednášky od předních odborníků na plicní karcinom. Tradice středoevropských konferencí o karcinomu plic byla zahájena v roce 1992 v Praze díky iniciativě Kooperativní skupiny pro léčbu plicní rakoviny, kterou založili prof. MUDr. Petr Zatloukal, CSc., a prof. MUDr. Luboš Petruželka, CSc., s podporou mezinárodních pneumoonkologických společností, jako je International Association for the Study of Lung Cancer (IASLC) nebo European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) – Lung Cancer Cooperative Group. Letošní akce se konala po 6 letech opět v Praze. Prezident kongresu profesor Petr Zatloukal bohužel zemřel uprostřed příprav na poslední konferenci koncem letošního února a organizace konference přešla v plném rozsahu na spolupředsedu profesora Luboše Petruželku.

MUDr. Andrea Skálavá

Od kraniofaciálních resekcí k endonazálním endoskopickým operacím rinobaze

Chirurgie spodiny lební se začala rozvíjet zhruba v 60. letech 20. století. To je počátek zájmu o oblast dosud považovanou za obtížně přístupnou a patologie zde se vyskytující za inoperabilní.

Postupně byly vypracovány výkony, které řešily zejména nádory destruující spodinu lební, úrazy a další patologie-malformace. Protože baze lební je oblast hraniční, přivedly možnosti nových postupů ke spolupráci zejména neurochirurgy s otorinolaryngology a dalšími obory, jako je oftalmologie, plastická chirurgie, cévní chirurgie a další, a samozřejmě se rozvíjela spolupráce s neuroradiology v oblasti diagnostické. V 80. a 90. letech minulého století byly hlavní přístupové cesty do oblasti spodiny přední jámy lební, tzv. rinobaze, zevní. Neurochirurg prováděl kraniotomii, kterou se dostal k nitrolební ploše spodiny lební. Otorinolaryngolog postupoval řezem v obličejí, tedy transfaciálně (viz obr. 1). Tyto operace se nazývají kraniofaciální resekce a byla vypracována řada postupů zepředu nebo z boku, podle rozsahu a uložení patologického procesu. Operace baze lební jsou náročné z hlediska přístupu, času i vybavení, ale postupně dosahované výsledky dávaly naději i tam, kde se případ dříve považoval za neléčitelný.

Výhody endoskopie

Rozvoj endonazální endoskopické chirurgie v otorinolaryngolo-



Obr. 1 Schéma řezů pro kraniofaciální resekci, bikoronární incize pro kraniotomii a neurochirurgickou část operace, Weberův-Fergussonův řez pro transfaciální přístup a otorinolaryngologickou fází operace.

gii v 90. letech 20. století umožnil kromě operací zánětlivých onemocnění také operace některých nádorů, operace likvory (CSF) i patologií typu meningoencefalokél, tedy stavů atakujících rinobazi. Výhody endoskopického přístupu byly výrazné – zejména nižší morbidita, rychlé hojení

a podstatně menší zátěž pacienta. Podmínkou však byly velké zkušenosti s endoskopickou chirurgií a odpovídající vybavení.

Předností endoskopické chirurgie je zejména výborné zobrazení operované oblasti s využitím možnosti úhlového pohledu, podle typu použitého endoskopu. Rozvoj endonazální endoskopické chirurgie postupně vedl k náhradě transfaciálních přístupů endonazálními endoskopickými přístupy (viz obr. 2). To znamenalo jednak urychlení výkonu zkrácením rinochirurgické fáze, jednak vyhnutí se mnohdy složitým přístupům a rekonstrukcím obličejové oblasti, zvláště při transpozicích části splachnokrania. Přítom obraz operačního pole, který umožňuje endoskop, byl lepší, zejména ve vzdálenějších částech.

Kranioendoskopické resekce

Kranioendoskopické resekce jsou v současnosti standardem pro léze, které destruují rinobazi a zaujmají v nitrolebni rozsáhlou oblast s destrukcí tvrdé pleny mozkové a invazí do mozkové tkáně. Na našem pracovišti zahajuje první fázi operace neurochirurg, který po obnažení rinobaze a vyřešení pa-



Obr. 3 Endonazální neurochirurgická operace nádoru v oblasti klivu rostoucího do zadní jámy lební. Rinochirurg drží endoskop v levé ruce, neurochirurg stojí po levé straně pacienta. Je použita optická neuronavigace. | Foto: archiv autora

tologie v nitrolební oblasti kontroluje postup rinochirurga endonazálně směrem k bazi. To urychluje postup a přispívá k bezpečnosti operace. Po spojení obou přístupů se odstraní patologie (většinou jde o nádory) a následuje rekonstrukce. Na některých pracovištích nejprve operuje endoskopický rinochirurg a přistupuje neurochirurg. Tento postup má opodstatnění v případech, kdy je možné, že bude stačit jen endonazální endoskopický přístup na vyřešení celé operace a kraniotomie nebude nutná. Pokud je však zřejmé, že se použijí obě fáze, považujeme za lepší náš postup začínající kraniotomií, protože je rychlejší a bezpečnější.

Zkušenosti získávané při kranioendonazálních resekcích vedou ke zvýšení možností dosáhnout stejně příznivého efektu, pokud postupujeme jen endonazálně endoskopicky. Provádí se vlastně endonazální kraniotomie. Rinochirurg a neurochirurg postupují endoskopicky, přes dutinu nosní s použitím neuronavigace, která zvyšuje bezpečnost operace přesnější orientací v operačním poli a kontrolou uložení okolních struktur. Takto se vyvinula nová metodika operací, která přivedla oba odborníky, otorinolaryngologa a neurochirurga, k těsné spolupráci (viz obr. 3). V současné době je ve světě patrný rozvoj endonazální endoskopické neurochirurgie, která umožňuje endoskopický přístup nejen k rinobazi a do přední jámy lební, ale i k lézím uloženým v zadní a střední já-

mě lební a oblasti horní krční páteře. Tyto operace vyžadují velké zkušenosti, brilantní endoskopickou techniku a dostatečné vybavení. V současné době je celosvětově patrný intenzivní rozvoj této interdisciplinární spolupráce.

Závěry

V průběhu 30 let, po počáteční skepsi ohledně řešení řady lézí, zejména nádorů destruujících bazi lební, se rozvinula interdisciplinární spolupráce a byly vypracovány poměrně radikální typy kraniofaciálních resekcí. S rozvojem endonazální endoskopické chirurgie v rinochirurgii byla transfaciální fáze nahrazena endonazální endoskopickou, která je podstatně šetrnější a umožnila zkrácení výkonů. Vyžaduje však velké zkušenosti s endoskopickou endonazální chirurgií a odpovídající vybavení.

V současnosti je patrný vývoj, kdy část kranioendonazálních resekcí je nahrazována čistě endonazálními kranioresekcemi lézí, kdy se neurochirurg i rinochirurg podílejí na endoskopické operaci společně. To vyžaduje těsnější spolupráci a i nácvik operační techniky tzv. 3-4ruční endoskopické chirurgie. Potom je současný trend k méně invazivním endonazálním endoskopickým postupům rychlejší při stejné nebo i lepší efektivitě z hlediska řešení patologických lézí.

doc. MUDr. Jan Vokurka, CSc.

Klinika otorinolaryngologie

a chirurgie hlavy a krku, 1. LF UK a FN Motol



Obr. 2 Kranioendonazální endoskopická resekce. Neurochirurg používá mikroskop při kraniotomickém přístupu k rinobazi, otorinolaryngolog endoskop. Navigace je optická. | Foto: archiv autora

Ke kochleárním implantátům alternativa léčby neexistuje

Na medicínské, technické i etické problémy spojené s implantací kochleárních aparátů jsme zeptali jednoho z iniciátorů vzniku Centra kochleárních implantací ve Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně **MUDr. Tomáše Talacha**.

Podle slov ředitele vaší nemocnice stojí za vznikem brněnského centra kochleárních implantací iniciativa profesora Roma Kostřici a vás. Jaké byly důvody a jak vypadala příprava tohoto počínání?

Program kochleárních implantací začal v České republice již v polovině 90. let, ale péče byla centralizována do Prahy. Od roku 2004 bylo podle množství pacientů a jejich regionálního rozložení jasné, že je třeba podobné centrum zřídit i pro oblast Moravy. Pro pacienty bylo dojíždění na nezbytné pravidelné kontroly obtížné.

Začali jsme proto jednat s pojišťovnou. Bylo nám přitom jasné, že vznik takového centra bude otázkou delší doby, jde totiž o vyřešení dlouhodobé koncepce. Školit jsme se začali v roce 2008 a v roce 2010 jsme byli kompletně personálně připraveni. Bylo to náročné i proto, že péče o pacienta s kochleárním implantátem je ukázkou dokonale vyladěné týmové práce.

V čem tato práce spočívá?

Na jejím počátku stojí sektorový lékař, který pacienta posílá do centra kochleárních implantací. Tam probíhají audiologická měření a další složitá vyšetření, jaká obvykle v ambulantních praxích ani nejsou technicky proveditelná. Pracují na nich foniatri, logopedi, neurologové, psychologové, provádí se vyšetření CT, pak přichází na řadu operatér.

Pro jaké pacienty je kochleární implantát vhodný?

Nedoslýchavost se obecně dělí do několika stupňů. Pro velkou část pacientů je vhodná korekce sluchu pomocí sluchadel, i u těchto zařízení totiž probíhá bouřlivý technologický vývoj. Pokud se ale pacient dostane téměř či úplně do stavu hluchoty, alternativa léčby ke kochleárním implantátům neexistuje.

Podle statistik se v ČR provádí nejméně implantací kochleárních aparátů v Evropské unii. Jak to?

Ve světě se tato metoda rozvíjela již v 80. letech, u nás se s ní začalo v polovině let 90. a v současnosti doháníme úroveň okolních států. Pokud jde o dosavadní počet operací, je to spíše otázka pro někoho, kdo byl řídicím prvkem kochleárního programu v minulosti. Jde hlavně o finanční vlivy, v každé zemi je systém financování zdravotní péče odlišný. U nás, tak jako v řadě evropských zemí, je kochleární implantace plně hrazená, na světě jsou ale i země, kde si ji hradí pacient. Česká republika je tedy jednou ze zemí, kde byl počet operací od počátku regulován.

Na „vyspělost“ země ukazuje i poměr implantací u dětí ve srovnání s počtem operací u dospělých pacientů...

Ve vyspělých zemích je poměr dětských pacientů k dospělým zhruba vyrovnaný. Je to tím, že v nich má společnost snahu poskytovat náhradu sluchu i dospělým, a dokonce seniorům, a uvědomuje si, že jde nejen o léčbu vrozené hluchoty, ale i o zlepšení kvality života pacientů a o ekonomickou návratnost. Pokud je někde méně celkových implantací a v operacích převažují děti, dá se to interpretovat jako snaha vyjít s omezeným rozpočtem a poskytovat péči jen těm nejpotřebnějším. V poměru dětí / dospělých se v posledních letech zlepšujeme.

Jak probíhá výběr pacienta vhodného pro kochleární implantaci?

Jedním ze zásadních kritérií je práh sluchu v audiometrickém vyšetření – má být roven nebo horší než 90 dB v hlavních frekvencích, které odpovídají rozsahu lidské řeči. Smyslem implantací je totiž především obnovení plnohodnotné komunikace. Jsou ale i další podstatná kritéria – musíme se pečlivě ujistit, že pacientovi nelze pomoci jinak. Proto se jak u dospělých, tak u dětí dělají zkoušky zaměřené na to, jaký efekt může mít sluchadlo. U dětí, které ještě nemají rozvinutou řeč, se sleduje, zda se řeč se sluchadly nezačne rozvíjet.



Foto: David Daniš

Implantát pak dostanou jen pacienti, kteří se bez něj skutečně neobejdou.

Jaká další zjištění musí tým před rozhodnutím o operaci udělat?

Součástí posuzování je další vyšetření, takzvaná objektivní audiometrie, kdy pacienta nevyšetřujeme běžným způsobem, ale provádí se diagnostika sluchu nezávislá na vůli pacienta. Kromě toho je nutné vyšetření CT, které musí potvrdit, že vnitřní ucho je vhodné k použití implantátu. U některých pacientů, kte-

ří ohluchli třeba kvůli meningitidě, totiž nelze do vnitřního ucha zavést elektrodu. Provádí se také posouzení, zda pacient implantát skutečně využije – například neurolog potvrdí, že pacient netrpí žádným jiným neurologickým onemocněním, které by využití implantátu znemožňovalo.

Jak pracuje tým, který se stará o pacienta po operaci a při jeho návratu do běžného života?

Skupina lidí, kteří se o pacienta starají po operaci, je tvořena lékařem-foniatrem, speciálně vyškoleným pro práci s implan-

táty, který se zabývá nastavováním implantátu dle potřeb pacienta, a týmem logopedů, jenž pacientovi pomáhá při obnově správné řeči. Kromě toho v týmu působí technik, který testuje kochleární implantát během operace a po ní.

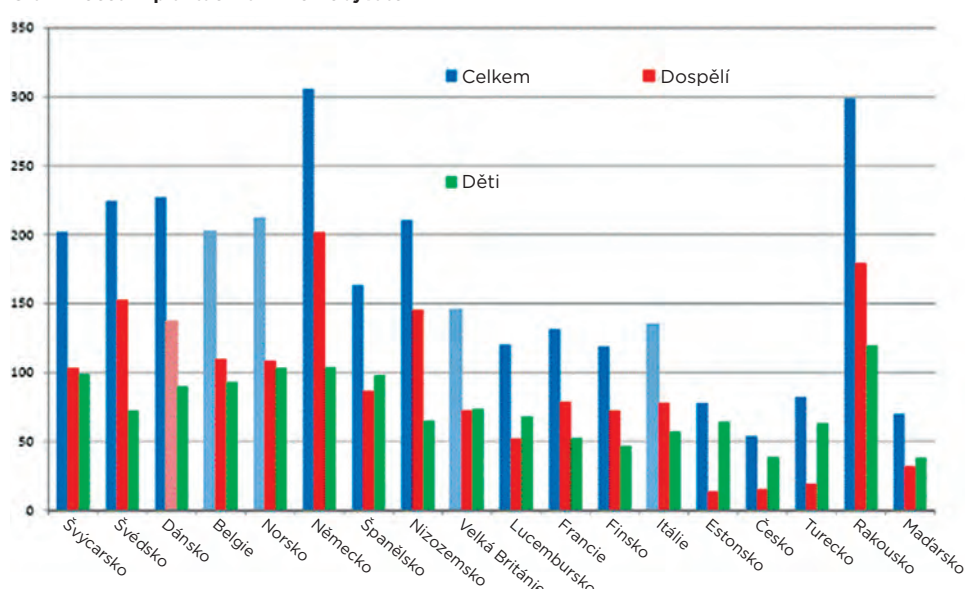
Lze v populaci odhadnout počet potenciálních pacientů, kteří kochleární implantaci potřebují?

Tato otázka patří k nejsložitějším. Na rozdíl od některých evropských zemí, jako je Německo, Francie nebo Rakousko, u nás neexistuje přesná databáze – tento údaj se na rozdíl od onkologických chorob centrálně neviduje, a tak jej odhadujeme podle některých údajů – z pracovních úřadů a podobně. Na něco se ale dá usuzovat i z porovnání údajů o provedených implantacích v Česku a okolních evropských zemích. Pokud je středoevropská populace genetiky v podstatě stejná, pak je zřejmé, že potřeba implantací u nás je značná. Je to vidět i na příloženém grafu implantací v Evropě na milion obyvatel.

A v jakých číslech se pohybuje úspěšnost operací z pohledu pacienta?

Evropská asociace uživatelů kochleárních implantátů statisticky eviduje výsledky pacientů, kteří dostali kochleární implantát v Evropě, a dělí je podle úspěšnosti do pěti skupin. Zhruba

Graf 1 Počet implantací na milion obyvatel



polovina pacientů je hodnocena nejlépe – jsou například schopni bez potíží telefonovat. Tyto údaje zahrnují i počáteční implantace, kdy se ještě užívaly méně dokonalé implantáty. Současný stav je tedy o něco lepší, než jak ukazuje celková statistika (viz graf úspěšnosti implantací).

Co subjektivně znamená operace pro pacienta, který dlouhodobě neslyšel?

Především je velký rozdíl mezi prelingválně hluchým dítětem a postlingválně ohluchlým dospělým. Je to dáno tím, že kolem čtvrtého roku života dítěte končí určité časové okno, kdy je člověk schopen se velmi dobře učit strukturu řeči a komunikace – melodii, tempo, členění, gramatiku. Po tomto období mozek zmíněnou schopnost ztrácí, a jestliže se vhodná doba promešká, už se správně řeči nenaučí.

Situace takového dítěte je tedy velmi odlišná od dospělých. Při brzké aplikaci implantátu vrozeně hluchému dítěti nastává velice rychlá adaptace a učení řeči je pak u nich dokonce rychlejší než u zdravých jedinců.

A dospělí pacienti, kteří přišli o sluch v postlingválním období?

Ti již mají vytvořená a funkční centra řeči, a i když jsou pak delší dobu ohluchlí, tuto schopnost ztrácejí jen pomalu. Z rozsáhlých statistik víme, že nejméně po dobu 15 let od ohluchnutí jsme schopni obnovením toku informací do mozkových center dosáhnout správné komunikace a struktury řeči. Při delším než patnáctiletém období hluchoty je pravděpodobnost úspěchu menší.

Můžete přiblížit, co zažívá úspěšně implantovaný pacient?

Malé dítě začne konečně objevovat svět zvuků, což pro něj musí být úžasné. Dospělý, když mu kochleární implantát zapneme, bývá překvapený, že slyší něco jiného, než na co si pamatuje. Zvuk, kterému byl před ohluchnutím zvyklý přiřadit určitý význam,

a význam, zpočátku pociťuje jako vjem jiný, zcela odlišný. Příkladem může být pacientka, která dříve hrála na klavír a po implantaci při hře najednou slyšela něco jiného, než byla zvyklá; měla pocit, jako by hrála jinak, úplně špatně. Během 2 měsíců se ale vše upravilo.

Je to způsobeno tím, že z fyziologického hlediska sluchem nejdříve získáme informace o vibracích venkovního prostředí. Tyto údaje mozek zpracovává a neustále přiřazuje signálu určitý komplexní vjem, vázaný na naši sluchovou paměť. Tyto staré vazby mezi signálem a jeho vjemem po implantaci náhle neplatí a pacient je zprvu zaskočen, že s kochleárním implantátem slyší jinak, než si pamatuje. Náš mozek se naštěstí dovede přizpůsobit. Neprerušit se učí a vytváří tyto vazby znovu.

My se při tomto procesu snažíme pomoci doladováním implantátu a v okamžiku, kdy nastane souhra mezi vyladěním a obnovenými mozkovými funkcemi, pacient opět získá pocit, že slyší přirozené zvuky a rozumí. To je okamžik, který nastává za několik měsíců od operace a lze jej

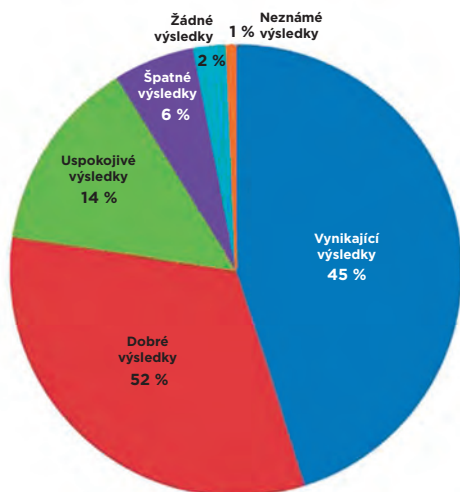
považovat za dosažení léčebného účinku.

S hluchotou a rozhodováním o její léčbě jsou spojeny i etické otázky. Objevují se případy, kdy neslyšící rodiče například odmítají, aby jejich dítě léčebný zákrok podstoupilo...

To je otázka, která se řeší v odborných diskusích na celém světě. Z pohledu rodičů, kteří žijí v určité komunitě neslyšících, se objevují obavy, že dítě po vyléčení ztratí, že se jim vzdálí a nebudou s ním již v takové jednotě. Vedle toho stojí obecné hledisko – pokud dítě dostane kochleární implantát, otevře se mu možnost uplatnit se ve většinové společnosti. Případů, kdy hluchoněmí rodiče souhlasí s léčbou svého dítěte, je zatím minimum, nevím ale o tom, že by ve vyspělém světě kdokoli zpochybňoval právo rodičů rozhodovat o implantaci jejich dítěte. Je to složitá etická otázka a jde o pečlivé vysvětlování a zodpovědnou volbu. V tom vidím závazek i pro nás lékaře, abychom beze zbytku poskytli rodičům informace k tomu, aby se mohli rozhodnout správně.

David Daniel

Graf 2 Úspěšnost implantací (speech test)



Inzerce A121010471



JEDINEČNÉ OHLÉDNUÍ ZA LOH LONDÝN 2012

Oficiální publikace
Českého olympijského výboru



kniha.cz

mf
MLADÁ FRONTA

Žádejte u svého knihkupce nebo se slevou 15 % na www.kniha.cz

Ujetá sezóna

Motto: Za měřicí šňůru beru právo, za olovnici spravedlnost. Lživé útočiště smete krupobití a skrýši zaplaví vody.

(Izajáš 28, 17)

Tak nám končí prázdniny, které zasadily další ránu argumentaci popíračů klimatických změn. Střídají je orgie slabomyslné demagogie neboli volební kampaň uvařená *à la Tchèque*, se všemi přísadami plebejského vidláctví. Radost z léta nám trochu zkhalilo jen šilenskoství Kalouskovo. Nicméně v této disciplíně pořád ještě vede Bohuslav Sobotka o koňskou (chtělo by se říci: oslí) délku a zaslouženě vyhrává naši prestižní cenu Smrt mozku. Jeho posledním výronem je hanebný billboard, který v hrdlo lže o tom, že TOP 09 a ODS chtějí darovat církvím 134 mld. Pro pologramotné konzumenty obrázkového bulváru je tam vyobrazena chamtivá ruka katolického preláta. Má to zřejmě evokovat režimní husitskou trilogii Otakara Vávry. A známé protektorátní heslo *Uchvátí-li tě, zahyneš*. Nebo Dikobraz z 50. let? Je to jedno, úroveň je totožná.

Zaručený sukces

Ostudným způsobem se přidala i ČLK hned na titulní straně svého plátku s povinným odběrem. Valí se odtud sedlina toho nejhoršího, co v nás je. Ale my vůbec nejsme tak agresivní, paranooidní a demagogičtí, jak se nás snaží naše povinné politické odbory představit veřejnosti. Opravdu ne. Jen jsme si zvolili takové představitele. Proč? Nevím. Že zas přeháním? Stačí prolétnout titulkou a vnímat výrazivo: *Čemu a komu slouží Hegerova reforma?* (dílek Rudého práva z 50. let). A poslyšte dále: *destrukce, lépe už bylo, chmurný výhled, temný osud, strach, arrogance, parazit, vyděrač, církev důležitější než člověk, tunelování, výsměch, lež, protestní akce, obrana, likvidace, bitva, válka*. Až běhá mráz po zádech. Tolik žlučí a frustrace by už stálo za gauč psychoanalytikův. A to jsou jen titulky. Kdo si to přečte *in extenso*, je nutně blízek infarktu či suicidii. Takže se jako obvykle kouknu na právní rubriku JUDr. Macha (jediné užitečné čtení) a šup do tříděného odpadu.

Na protestantské církve jako by se zapomnělo: třeba husity, luterány, Komenského české bratry. A co Federace židovských obcí? Snad nechtějí socialisté na další plakát namalovat pejsatě-

ho Žida s velkým nosem jako vystřiženého ze Streicherova *Der Stürmeru*?

Nicméně bude to určitě sukces. Málo informovaným to postačí. A je to znepokojivě velká voličská skupina. Oni nevědí, že to není žádný dar, ale restituce. A že nejde o jednorázovou platbu, ale splátky na několik desetiletí výměnou za odstavění církve od státu. Tedy výhodný obchod, uvážíme-li i odblokování masy pozemků a nemovitostí k dalšímu využití. Krom toho by bez dohody následovaly vleklé, ale úspěšné soudní procesy.

Staré archetypy v nových podmínkách

Pan Sobotka se svým již legendárním thymolinovým úsměvem vykládá nesmysly o tom, že *jestliže se škrtá v sociální oblasti a ve zdravotnictví, vidíme jako nepřiměřené, aby se poskytovala taková částka na církevní restituce*. Obě věci spolu nesouvisí. První je systémová s nutností hledání trvale udržitelné rovnováhy, kdežto druhá je unikátní. První má provozní charakter, druhá je otázkou spravedlnosti v podobě vrácení komunistických konfiskátů. Je úplně fuk, zda někdo má či nemá rád katolickou církev (největšího z řady restituentů). Je lhostejné, zda si někdo myslí, že církve nemají vlastnit žádný majetek, zda se někdo obává, že se katolická církev stane největším pozemkovým vlastníkem (no a?), co dělala katolická církev v 15. či jiném století a stovky dalších irrelevantních, jež zazněly v parlamentním panoptiku. Nic z toho se nevztahuje k merituu věci. Buď tu právo je, nebo není. Je to stejné jako se svobodou slova, lidskými právy a demokracií: Jsou-li upřeny jednomu či jedné skupině, nemá je nakonec nikdo. Podívejme se na historii totalit. Je-li někdo vyloučen, jsou ohroženi všichni. Ne kvůli tomu vyloučenému, jehož třeba i nesnášejí. Musí se bát proto, že byl zaveden princip selektivního práva. Což je synonymum bezpráví. Běží tu o bezpečnost každého z nás před vlastním státem.

Tuhle polízanici spískal bývalý režim, neboť zmíněný princip



MUDr. Milan Novák
neurolog@centrum.cz

pramenil z jeho představy. Měli jsme se s ní poctivě vyrovnat před dvaceti lety. Selhali jsme, protože jsme nic nepochopili a ničemu se nenaučili. Jen reprodukuje staré mentální archetypy v nových podmínkách. Je to

hanba. A to dvojnásobná, když se k tomu používá propaganda s prvky pocházejícími z ideového a výtvarného arzenálu právě těchto režimů. Jak kdysi řekl jistý její mistr (a ministr), *stokrát opakovaná lež se stává pravdou*. A co se týče momentální finanční tísně, snad nebude trvat celých třicet let, na něž je závratná platba necelých dvou promile státního rozpočtu ročně rozložena. Leda by se sami socialisté o prodloužení krize přičinili. Podle toho, co hlásají, na to mají rázně nakročeno.

Protože máme příliš mnoho voleb, řada voličů nerozlišuje adekvátnost témat. A tak se místo krajských rozkrádačků nenechávají rukou socialistů budou probírat témata, k jejichž řešení nejsou kraje ani zcela kompetentní. Ono se to totiž velice osvědčilo. Čím větší ptákovina, tím líp to v Absurdistanu funguje. Minule ČSSD drtivě vyhrála na zdravotnických poplatcích, nyní to budou církevní restituce. Je to úplně špatně, je to ujeté, je to iracionální, ale je to realita.

Poplatky místo lochnesky

Téma poplatků se ostatně nedávno vrátilo do médií namísto obligátní srpnové lochnesky. Priorita za horký objev této aktuální senzace náleží ČTK. Blahopřejte. VZP musela znovu vysvětlovat, že regulační poplatky jsou příjmem zdravotnických zařízení, který není účelově vázán. Jak u blbech na dvorečku. Ty peníze nemají žádný kolek s určením např. na lepší stravu. Tu nikdo nesliboval. Byl to jen pokus ruškolapně vysvětlit i jednodušším myslím, že se v rámci solidarity národ jakž takž složí na léčbu nemocných spolubližních, ale už ne na jejich ubytování s plnou penzí, již by museli hradit i doma. No nic. Nepovedlo se. Nepochopení trvá. Snad by bylo



Pan Sobotka tvrdí, že pokud se škrtá v sociální oblasti a zdravotnictví, je nepřiměřené, aby se poskytovala taková částka na církevní restituce. Jeho posledním výronem je billboard, na němž je pro pologramotné konzumenty obrázkového bulváru vyobrazena chamtivá ruka katolického preláta. | Foto: Anna Vacková/E15

bývalo lepší nevysvětlovat nic, vyhnout se adjektivu „regulační“ a hovořit jednoduše o poplatku za návštěvu lékaře a o denní taxě za pobyt v nemocnici, jako je tomu jinde. Pacient za svou stavku nedostane lepší stravu. Řekněme si natvrdo, že dnes jde o to, aby dostal aspoň tu stávající či ne o moc horší. A k ní i toaletní papír, neboť každá mince má dvě strany. Hlavně aby tyhle s léčbou přímo nesouvisějící náklady nevedly k omezení prostředků na vlastní zdravotní péči, tj. na to, proč tu ty nemocnice vůbec stojí.

Smutnou úroveň vědomostí obecného lidu tu ilustrujeme na typickém výroku webového diskutujícího: *Ale kádyž platíme daně a nemocenské pojištění, předpokládám, že mi dají taky normálně najíst*. Jenže my žádné nemocenské pojištění nemáme. Je to virtuální záležitost, tradiční název druhu vyplácených dávek v pracovní neschopnosti. Máme jen sociální daň, avšak z ní se to pořád dokola omílané jídlo v nemocnici neplatí. Ale nápad to není zas tak špatný. Pro dlouhodobě hospitalizované nízkopříjmové pacienty by mohla sociálka vypomoci. Nemocnicím by se to určitě líbilo. Protože ony nejsou sociálními ústavami. Aspoň VZP náznaky takové činnosti zdravotnických zařízení tvrdě stíhá. VZP, to je ta instituce, která spravuje největší část prostředků zdravotního pojištění, o jehož funkci stále mnoho lidí nemá určitější představu. Oni mají sice jakou-

si kartičku a jsou naučení, že ji mají ukazovat, ale neuvědomují si, proč to dělají. Nijak si to nespojují s finančními toky. Zato tzv. nemocenskou (lépe: nemocenské dávky) znají velmi dobře, protože to jsou pro ně reálné peníze jako částečná kompenzace ušlé mzdy. Úkolem reformátorů zdravotnictví je přesvědčit především tyto lidi. Nezávidím. Sisyfův džob byl proti tomu lázeňský pobyt. I když s tím je teď taky utrum.

Rovnátko vs. třetí zuby

A jsme zpátky u toho imbecilního billboardu. Je pravda, že pan Sobotka má plnou svobodu ho vyvést a neomezené právo se zneškodnit, vyvalit na veřejnost nevábný obsah svých mozkových střev. Ale já mám svaté právo takovou bolševickou agitku pozvratet, aniž skončím u soudu pro poškozování cizího majetku. Neboť takový výkon mého žaludku musí být uznán za svobodné vyjádření názoru. Zkrátka nejen slovem či obrazem.

Od Sobotky přejdeme snadno na téma stomatologie. Vznikl zde spor o kvalitu a pravost chrupu prezidentských kandidátů. Nezvedený chlapec s kovovým šklebem svých rovnátek má zřejmě starost, aby špatně sedící falešný chrup kmetů nezpůsobil nějaký trapas na hradní recepci. Co když Sobotkova provokace splní roli břeskné polnice, jež zatroubí k válce generaci? Od socialisty je to sice zvláštní, ale budíž. Vznikne Strana rovnátek a Strana třetí

NEJSEM SI JIST

dentice. Vypukne něco jako *knoflíková válka*. Strana třetí dentice je ovšem mnohem početnější a stále jí přibývá. Skončí to tak, že starší ohnou drzé mladíky přes koleno a *uříznou jim zvoneček*. Naproti tomu je známo, že protivy se přitahují a politické spektrum není úsečka, leč kruh. Mimochodem právě proto se komunisté a fašisté ocitají v tak intimní blízkosti. Nesnášejí se z čistě konkurenčních, nikoli ideových důvodů. Oba směry užívají podobné triky na totožný voličský kádr. Takže bychom pak mohli zřítit jednotnou Stranu plenkových kaťat, která by ideálně pokryla krajní křídla obou svářících se skupin. Lišily by se jen v úhradě: Jedněm by plenky kupovali rodiče, druhým děti (a možná i VZP).

Fatální hřebík do rakve důvěry

Hítem této *ujeté sezóny* (© Petr Nečas) se stal kiks nového registru vozidel. Představme si, že by v jiné zemi mohla taková technikalie vydržet přes měsíc v headlinech namísto dluhové krize či rozkladu eura. Za úspěch se vydává částečná oprava, po níž systém stále nedosahuje úrovně funkce toho starého. Ministr si však funkci udržel. Když tak srovnávám, říkám si, co strašlivého musel provést na hodinu vyhozený ministr Pospíšil. Jaké se tu skrývá děsivé tajemství, jež ani nemohlo být odhaleno veřejnosti, když panu Dobešovi na druhé straně prochází taková donebevolající megaostuda, a taková diskreditace správy ze-

mě, další fatální hřebík do rakve důvěry občanů ve vlastní stát. Je to horší než chyba. Je to zločin. Zločin spáchaný na myslích lidí v nejzranitelnější době, kdy vláda potřebuje každý gram důvěry, který může sehnat. Čert vezmi peníze, podstatné jsou škody psychologické. Nehmotná újma, jak v jiné souvislosti správně poznamenal ombudsman.

Náměstek ministra dopravy Toman pravil, že ministerstvo nemůže odpovídat za všechno. Prý jen za *hardware* a *software*, aplikace a centrálu. Chyba lávky. Odpovídá občanovi za řádný výkon státní správy v oblasti svého působení.

Podobně se vyžvekl jistý poslanec (ODS), jehož jméno mi nestálo za zapamatování. Občané se nemají obracet s odškodněním na ministerstvo dopravy, tj. na zubožený státní rozpočet, ale na příslušnou firmu. Asi chyběl ve škole nebo co. Stát odpovídá občanům za výsledek. Za servis, který si tvrdě platíme. Nějaká firma či jiné nástroje, které stát k tomuto věcnému plnění použil, nám mohou být srdečně ukradené. Mezi onou firmou a občanem je nulový vztah. Můj ty Tondo kolematej! Po tolika letech demokratické osvěty národa volíme do parlamentu takové tupce.

Nejvíce však perlila paní Peake: Především je prý třeba ihned najít viníka. To je právě ona ujetost tzv. politického myšlení, tak beznadějně vzdáleného od obecně uznávané normy. Jeden by řekl, že prioritou je okamžité obnovení příslušné služby. Viník počká.

Ostatně, nebude vůbec snadné ho najít.

Aféra skýtá velké poučení: Dlouhou praxí byla ověřena zákonitost, že každá taková akce skončí kocourkovskou blamáží. Takže dokud se nevyčistí státní správa a samospráva od korupce, neodpovědnosti a neschopnosti, nepouštět se do grandiózních projektů. Nemáme na to. Realisticky zhodnotit vlastní síly. Zatím jen opravy, postupná kultivace a udržování chodu. Politiku velkých skoků přenechejme příštím generacím a zatím se učme bazál. Slabikář. *Máma má maso, Emma má mísu, ó, myse máme*. Četba Prousta, Sartra nebo Kafky až později. Dávejme si jen jednoduché a splnitelné úkoly. Umí si někdo představit, jak by u nás v praxi fungovalo třeba takové eHealth, ePreskripce či všelijaká centrální úložiska dat? Věci milionkrát složitější a choulostivější, než je prachobyčejný seznam majitelů aut? Hrůza pomyslet! A to jsou jen lokální kalamity. Zahraniční podílník znamená miliardové arbitráže. Viz kauza IZIP, o níž je jedno jisté: Budeme o ní slyšet ještě nejméně dvacet let. Možná až do vymření pamětníků.

Koně musí před vůz

Co jsme se během ujeté sezóny mohli dozvědět dále:

Lékaře zemí V4 spojuje boj za platy i nesouhlas s reformami. Avšak co přesně je tím hutným tmelem jistých skupin lékařů zemí Visegrádu? Socialismus, respektive stále nezvládnuté abstinenční příznaky po jeho pádu.

Kraje odmítají rušení lůžek a chtějí více peněz na platy: Jenže peníze nevznikají ani chtěním, ani vyhláškou. Krajští činitelé jsou stejně nerozumní jako lékařští odboráři Visegrádu. Koně musí před vůz, jinak nejde. Právě reformy jsou podmínkou získání oněch vytoužených peněz. Odmítám-li podmínku a žádám-li přitom kategoricky její výsledek, pak jsem prostě ujetý. A to i mimo sezónu.

Profesor Žaloudík, stínový ministr zdravotnictví ČSSD, varuje před dopady zvýšené DPH na nemocnice. Úhradová vyhláška je prý nebere v úvahu, stejně jako vyšší mzdové náklady. Musím opakovat, že vyhlášky nejsou směnitelné za bankovky, ač obojí jsou z papíru. Ano, pro řadu zařízení to bude problém. Je krize. Ale jiné nemocnice by zase mohly upustit od podezřelých nákupů, předražování, utrácení za všelijaké hbité zprostředkovatele a nadbytečné kompletatory, jejichž úsilí vytváří *de facto* množství přírůžky, aneb nechci tu slevu zadarmo. Pak zvládnou DPH, vyšší mzdy i náhlé externality (např. pád eura či recesi německé ekonomiky, jejíž součástí jsme). *A propos*, což se místo toho znovu zamyslet nad absurdním koloběhem DPH ve zdravotnictví, kdy se za konečného spotřebitele vydává zdravotnické zařízení namísto zákazníka, tedy pacienta, finančně zastupovaného jeho zdravotní pojišťovnou?

Protržená hráz

Paní Bradáčová je v úřadě. Sezónní ministr Blažek podle svých

slov nakonec *ne našel dost důvodů proč ji nejmenovat*. Vskutku novátorský přístup k personální politice. *Si tacuisses...*

Pospíšilova poprava tak byla zbytečná. Premiér následkem svého nedostatku citu pro politiku neodhadl reakci veřejnosti v tak alergicky zjitřené sféře. Hráz však již byla protržena a kapříky unášejí dravý proud. Masové rozkrádání a korupce se tu může paradoxně stát nástrojem ozdravení poměrů. Překročí-li totiž míra věcí kritickou hranici, stane se brizantním tématem o síle řádu megatun TNT a tím zdrojem energie pro nápravu. Veřejnost si to však musela prožít, padnout na ústa, vychutnat si to do dna. To je vždycky podmínka odpovídající motivace.

Zasypávání kanálů, jimiž nezákonně proudila moc a peníze, se exponenciálně rozbíhá. Neobejde se to bez zpětných rázů ze strany temných sil. Kupříkladu hlavní svědek v kauze CASA, podplukovník letectva Karel Daňhel, byl nejprve existenčně zlikvidován a poté na něj zákeřně ušili falešné obvinění ze zmermomocnění nezletilé. K dokonalosti už jen schází, aby ho přejelo auto, pokud možno několikrát. Samozřejmě nešťastnou náhodou. Veřejnost na tohoto statečného vojáka nesmí zapomenout. Nemáme jich mnoho. Ale víme, že právě takoví by nás v nouzi opravdu bránili. Proto si svou hodnotu v pravém obsahu toho slova zaslouhují. Salutuji. Díky, pane podplukovníku.

Inzerce A121010475

Podívejte se světu ekonomiky do očí!

KDEKOLIV

MLADÁ FRONTA
E15

mf
MLADÁ FRONTA

TISK - INTERNET - iPHONE - iPAD - KINDLE



Věda přináší neuvěřitelné množství překvapení

Eva Pavlatová
Foto: Leoš Chodura

Prof. MUDr. Vladimír Vonka, DrSc., i ve svém pokročilém věku pokračuje ve vědecké práci, posledních 21 let na oddělení experimentální virologie Ústavu hematologie a krevní transfuze v Praze. Tvrdí sice, že vědec zažívá více zklamání než úspěchů, přesto jej výzkumná práce pořád baví a vzrušuje.

Byl jste už od dětství hloubavý badatel, který by rád všemu přišel na kloub?

Od dětství mě zajímaly přírodní vědy. Od svých 12 let jsem ve své primitivní domácí laboratoři dělal odvážné chemické pokusy, ale více jsem snil, než hloubal. Přibližně do kvinty jsem plánoval stát se chemikem. Po válce jsem se však setkal s knížkami Paula de Kruifa „Bojovníci se smrtí“ a „Lovci mikrobů“. Jeho díla mne okouzila svým romantickým pohledem na vědecké bádání, které pojímal ja-

ko dobrodružství poznání. A tak jsem se v 16 letech rozhodl, že se stanu virologem.

Podařilo se vám věnovat se virologii hned při studiu?

Nepodařilo, ale musím přiznat, že po prvním neúspěšném pokusu jsem o to ani zvlášť neusiloval. Nicméně přednášky z mikrobiologie mne silně zaujaly. Přednášeli ji vynikající pedagogové – zakladatel moderní české mikrobiologie profesor František Patočka, dále profesor Vladimír Kubelka a teh-

dejší docent Ctirad John. Jejich výklady jsem přímo hltal a se všemi jsem se později spřátelil. Příznivám však také, že jsem po určité době ve svém plánu stát se virologem zaváhal, a to když jsem se setkal s neurologií, která mne zaujala svou diagnostickou logikou. Začal jsem uvažovat o tom, že bych se věnoval neurofyzilogii. Velkou inspirací mi byla opět kniha, a to „Vzruchová teorie“ od profesora Viléma Laufbergera. A také jsem si vzal k srdci radu moudrých, že předpokladem pro úspěšnou prá-

ci v oblasti teoretické medicíny je alespoň krátká klinická praxe.

Osud tomu však chtěl asi jinak, že?

Umístěnkou jsem se dostal do Ústí nad Labem, kde jsem nastoupil na interně. V rámci své praxe jsem musel strávit tři měsíce na infekčním oddělení. Tam jsem byl přidělen do sektoru virových hepatitid a hned v průběhu prvního týdne ve mně opět naplno propukla stará láska k virologii. Jako když se probudím z nesprávného snu. Už

jsem nechtěl dělat nic jiného než pracovat v laboratoři s nebezpečnými viry.

Jak jste se potom dostal z Ústí do Prahy?

Od šéfa infekčního oddělení jsem se dověděl, že v Nemocnici Na Bulovce je vypsan konkurz na místa dvou sekundářů na infekční klinice, kterou vedl profesor Jaroslav Procházka, infekcionista světového jména. Řekl jsem si, že pro budoucí práci ve virologii bude praxe na vynikající infekční klinice

PŘEDSTAVUJEME

skvělou přípravou. V únoru 1956 jsem se šel přihlásit do konkurzu. Cestou na kliniku jsem potkal svého staršího kamaráda, který mi vysvětlil, že másto, o které se ucházejí i primáři mimopražských nemocnic, nemám naději získat, ale pověděl mi o konkurzu vypsaném na virologickém oddělení vedeném doktorem Karlem Žáčkem. Ta rozmluva netrvala déle než pět minut a během nich jsem se rozhodl. Místo na infekční kliniku jsem zamířil do suterénu budovy, kde sídlila virologie.

Náhody neexistují – co má být, to se vždy stane...

Byla to však přece jen těžko uvěřitelná náhoda. MUDr. Karel Žáček byl charismatickou a dynamickou osobností a skvělým organizátorem, ale také člověkem velmi náročným, s povahou cholera. Tehdy bylo jeho oddělení virových neuroinfekcí součástí Ústavu epidemiologie a mikrobiologie, který řídil profesor Karel Raška, vůdčí postava československé epidemiologie. Podmínkou konkurzu byla mimo jiné dvouletá praxe v oboru, což jsem nesplňoval, ale žádost jsem si přesto podal. K mému velikému překvapení jsem se za pár týdnů dověděl, že jsem konkurz vyhrál. Snad jsem na doktora Žáčka i na profesora Rašku udělal dobrý dojem při přijímacích rozhovorech, ale hlavním důvodem mého přijetí bylo nejspíš to, že jsem byl jediný přihlášený. Virologů bylo tehdy málo, Karel Žáček byl velmi obávaný šéf, což já ve své ústecké izolaci nevěděl, a mnozí se také báli práce s viry, které vyvolávaly encefalitidy a obrny.

Z Ústí vás pustili bez problémů?

Kraj mě uvolnit nechtěl. Nakonec se to však podařilo po několika napínavých jednáních s krajskými úředníky. A tak jsem 11. června roku 1956 nastoupil na oddělení virových neuroinfekcí Ústavu epidemiologie a mikrobiologie. Zařazení, kterého se mi dostalo, se jmenovalo inženýr-lékař-asistent, což dnes asi zní hodně žertovně. Bylo to nejspíš pracovní názvosloví převzaté ze Sovětského svazu. Laboratorní práci jsem od prvních dnů totálně propadl a s Karlem Žáčkem jsme se rychle spřátelili. Zpočátku se mi hodně věnoval, za což jsem mu dodnes vděčný. Za pár měsíců jsem se při našich převážně pozdně odpoledních sezeních naučil tolik, na co bych možná jinak potřeboval několik let, kdybych byl odkázán jenom sám na sebe. Doktor Žáček mi velmi imponoval svou inteligencí, vzdělaností, rozhodností,

vizionářstvím a mimořádným organizačním talentem.

Na čem jste tehdy pracovali?

Věnovali jsme se hlavně výzkumu poliomyelitidy, v té době asi nejzávažnější infekční nemoci, jejíž ničivé epidemie probíhaly ve všech rozvinutých zemích. Laboratoř, kterou jsem vedl, měla na starosti kontrolu účinnosti očkování nejprve inaktivovanou, později živou očkovací látkou proti dětské obrně. Má práce spočívala především ve sledování promořenosti obyvatelstva poliomyelitickými viry a v diagnostice všech infekčních onemocnění, jež byla provázena známkami poškození centrálního nervového systému.

Práce se mi od počátku dost dařila a brzy jsem seznal, že mám volné ruce pro iniciativu, pro realizaci svých nápadů. Už po roce mne doktor Žáček jmenoval svým zástupcem a svěřil mi laboratoř tkáňových kultur, která byla srdcem celého oddělení a kterou do té doby vedl on sám.

Krátce před mým jmenováním celé Žáčkovo oddělení opustilo Raškův ústav a přešlo do nově vytvořeného Výzkumného ústavu imunologického. V něm byla skupinou vedenou docentem Dimitrijem Slonimem připravena nejprve inaktivovaná a později živá očkovací látka z oslabených kmenů, které vyvinul Albert Sabin. Díky vynikající organizaci obou akcí se Československo stalo první zemí, v níž se podařilo poliomyelitidu eradikovat. Hlavní zásluhu na tom mají Vilém Škovránek, Karel Žáček, Dimitrij Slonim a Ervín Adam. Byl jsem šťastný, že jsem mohl být při tom.

Po tomto úspěchu jste navštívil Spojené státy americké – bylo to na základě zmíněné eradikační akce?

V roce 1960 se ve Washingtonu konala druhá mezinárodní konference o živé poliomyelitické vakcíně, kterou organizovala Světová zdravotní organizace. Za Československo se jí měli účastnit doktor Žáček a hlavní hygienik docent Škovránek, který kampaň proti dětské obrně vedl. Vážil jsem si ho pro jeho odbornou zdatnost a nebojácnost, ale také pro to, že držel ochrannou ruku nejen nad celou očkovací akcí, ale i nad jejími vykonavateli.

Karel Žáček měl tehdy v ústavu nějaký ekonomický problém a nemohl vycestovat. Přesvědčil mne, abych na konferenci jel místo něho. Pozvání od šéfa Světové zdravotnické organizace na mé jméno pak opravdu přišlo. Docent Škovránek byl tehdy velmi mocný

muž, nějakým kouzlem pro mne zařídil všechna potřebná povolení a začátkem června jsme společně odcestovali. Čekaly mne úžasné zážitky.

Jaké to bylo v 60. letech ve Spojených státech?

Vlastní konference trvala týden, ale docent Škovránek tam zůstal o týden déle jako člen komise expertů WHO a prosadil, abych mohl zůstat také a využít své přítomnosti v USA k návštěvě několika výzkumných center. Účast na konferenci a poté návštěvy několika špičkových ústavů mi daly nesmírně mnoho. Setkal jsem se tam s téměř celou světovou virologickou elitou. Tenkrát se totiž dřívější většina těch, kteří ve virologii něco znamenali, zabývala poliomyelitidou. Mně bylo 29 let a byl jsem nejmladším účastníkem konference. Vidět velikány tehdejší vědy a slyšet, jak dovedou koncizně a přesně argumentovat, to byla obrovská zkušenost. Denně jsem se dozvídal nové věci, seznamoval se s pro mne zbrusu novými myšlenkami. Nesmazatelně se mi vryla do mysli návštěva ústavu, kde působil Albert Bruce Sabin, tvůrce živé očkovací látky proti poliomyelitidě, a diskuse s ním i rady, které mi dal. Kdybych měl označit, který jednotlivý zážitek byl pro mne nejsilnější, pak zjištění, že v Americe nehraje žádnou roli věk, ale to, co znáte či umíte. Vracel jsem se s hlavou plnou plánů na inovaci našeho programu, ale rovněž s vědomím, že v důsledku úspěšnosti imunizačních programů era poliomyelitidy jakožto hlavního objektu virologického výzkumu končí. Z diskusí s mnoha vedoucími virology jsem vyrozuměl, že už se začínají zabývat jinými problémy, z nichž asi nejvýznamnějším je předpokládaná úloha virů při vzniku zhoubných nádorů.

Takže jste se po návratu chtěl zabývat i novými problémy?

Po návratu mne především čekalo těžké zklamání. Během pár týdnů jsem pochopil, že jsem se pro vedení našeho oddělení stal nežádoucí osobou. Formální záminkou bylo, že nemá smysl, aby někdo se chce zabývat teoretickými problémy, vedl diagnostickou laboratoř. A tak na oddělení vypukl spor. Osazenstvo se rozštěpilo na dva tábory, které se začaly přit o povahu budoucí činnosti. Rozpory skončily rozdělením, a tedy v podstatě zánikem tehdy asi nejvýkonnějšího útvaru, jakým disponovala česká virologie. Došlo k rozsáhlé reorganizaci. Od oddělení, které vedl docent Slonim, se

odštěpilo pracoviště vyrábějící tkáňové kultury a media a Slonimovo oddělení se zaměřilo na teoretický výzkum. Moje skupina o sedmi lidech se stala jeho součástí. Začali jsme se zabývat výzkumem genetiky virů, poliovirů a virů chřipky s hlavním cílem vyvinout nové typy vakcín.

S jakými výsledky?

Ne vše se podařilo dovést do úspěšného konce. Snad nejvýznamnějším výsledkem bylo zavedení genetické metody k úpravě epidemiologicky aktuálních virů chřipky pro výrobu inaktivované vakcíny a také vývoj subjednotkové chřipkové vakcíny vhodné pro očkování dětí. Na obou těchto úspěších má lví podíl moje dlouhodobá spolupracovnice doktorka Hana Závadová.

Měl jste možnost kontaktu se světovou vědou?

V roce 1963 jsem se na virologické konferenci v Moskvě seznámil s profesorem Josephem Melnickem z USA, který mi nabídl práci ve svém ústavu, v té době asi největším a nejneznamitějším centru virologického výzkumu na světě. Díky jeho intervenci jsem získal stipendium WHO. Pobyl jsem u něj 10 měsíců v letech 1964–65. Pracoval jsem tam s tehdy novým herpetickým virem označovaným jako cytomegalovirus. Ohromně mě ovlivnil tamní styl práce a početné, dlouhé diskuse s profesorem Melnickem a jeho paní, rovněž významnou viroložkou, s nimiž jsem se velmi těsně spřátelil. Hodně mi vyhovovalo tamní kosmopolitní prostředí. Přičichl jsem tam k již zmíněné problematice nádorových virů, a když jsem se vracel, byl jsem rozhodnut, že se budu věnovat zkoumání úlohy virů při vzniku zhoubných nádorů.

Co vás tam zaujalo nejvíce?

Bylo toho mnoho. Snad nejdůležitější bylo seznámení se s tím, jak má vypadat organizace moderního biomedicínského výzkumu. Uvědomil jsem si, že ke složitým problémům je třeba přistupovat současně na různých rovinách, že z nich nelze ukrojit kousek a předpokládat, že jeho řešením se objasní celá podstata. Právě to vede často k závěrům, které budí senzaci, ale jsou s to zavést pokračující výzkumnou práci na scestí. Pozoruhodnou zkušeností byla spolupráce s reprezentantem různých kultur s různým stylem myšlení, z něhož vyplýval odlišný pohled na studovaný problém a na cestu k jeho řešení. To se mi jevílo jako velmi produktivní.

V roce 1967 mě Joseph Melnick pozval, abych u něj rok pracoval jako hostující profesor. Myslel jsem si, že je beznadějně, aby se něco takového uskutečnilo, ale přišlo Pražské jaro a do USA jsem mohl odjet i s manželkou a pětiletým synem. Mým úkolem bylo zkoumání nově objeveného herpetického viru Epsteinova a Barrové (EBV), který byl později rozpoznán jako první lidský nádorový virus. Dostal jsem tenkrát k ruce početnou skupinu a práce se neobyčejně dařila. Profesor Melnick mě angažoval ve svém ústavu dokonce prodloužil. Jenomže pak přišel 21. srpen 1968 a v roce 1969 dorazilo z Prahy rozhodnutí, že se mám vrátit domů. Alternativou bylo zůstat v USA natrvalo. Dostal jsem tehdy čtyři atraktivní pracovní nabídky, z nichž asi nejlákavější bylo stálé profesorské místo v Melnickově ústavu, ale probudilo se v nás vlastenectví a pocit odpovědnosti k vlastní sužované zemi, takže jsme zvolili návrat. Vánoce 1969 jsme už trávil doma.

Jaká práce na vás čekala po návratu do vlasti?

V 50. a 60. letech epidemiologické studie odhalily, že karcinom děložního čípku je zřejmě infekční onemocnění přenášené pohlavním stykem. Infekční činitel, který nemoc vyvolává, však nebyl znám.

Koncem 60. let se jako možný kandidát objevil genitální herpes simplex virus, označovaný jako HSV2. Ukázalo se totiž, že ženy s karcinomem děložního čípku byly tímto virem infikovány daleko častěji než zdravé ženy z kontrolní skupiny. A navíc se v USA Fredu Rappovi podařilo prokázat, že HSV2 je schopen transformovat normální buňky hlodavců v buňky s onkogenním potenciálem. Tento objev, který jsme brzy potvrdili v naší laboratoři, měl průlomový význam.

Začátkem 70. let jsme se přednostně začali zabývat virem HSV2 a jeho vztahem ke karcinomu děložního čípku. Byl jsem neustále v kontaktu s Josephem Melnickem, a tak když na pozvání ministerstva zdravotnictví přijel do Prahy, navrhli jsme provést společnou rozsáhlou studii, která by přinesla – jak jsme soudili – poslední chybějící důkaz o tom, že HSV2 skutečně vyvolává karcinom děložního čípku. Takovým důkazem by byl nálezy, že u původně zdravých žen, které byly v minulosti infikovány virem HSV2, se objeví neoplastické změny na děložním čípku významně častěji než u těch, které infikovány nebyly. To jsme ale narazili!



Nejsilnějším zážitkem z návštěvy USA v 60. letech pro mne bylo zjištění, že v Americe nehraje žádnou roli věk, ale to, co znáte či umíte.

Kdyby to místo s Američany bylo bývalo se soudruhy ze Sovětského svazu, studie by proběhnout mohla?

Přesně tak. Ptali se nás, proč nespolečně spolupracujeme se sovětskými vědci. Jenomže ti se zmíněným problémem nezabývali. Po mnoha jednáních bylo kdesi rozhodnuto, že z důvodů, jež nám nikdy nebyly oznámeny, studie prováděná ve spolupráci se Spojenými státy americkými není žádoucí. Současně nám bylo sděleno, že není námitek, aby studie proběhla jako projekt národní. To byla těžká rána, protože provést studii tak, aby byla smysluplná, vyžadovalo značné finanční prostředky. My doufali, že je v rámci spolupráce obdržíme z USA. Jak jsem zjistil z nedávno objevené staré korespondence, uvažovalo se o 100 tisících dolarů ročně. To tenkrát byly velké peníze.

Tehdy jsem už byl v cílém kontaktu s vinohradským gynekologem profesorem Jiřím Kaňkou, který se problémem karcinomu děložního čípku dlouhodobě zabýval a zajímal se i o otázky jeho etiologie. Rychle jsme se spřátelili. Rozhodli jsme se, že přijmeme hozenou rukavici a pokusíme se projekt uskutečnit bez zahraniční pomoci. V letech 1973–75 jsme plánovali a vytvářeli podmínky pro jeho realizaci. Abychom získali statisticky významné výsledky, spočí-

tali jsme, že do něho musíme zahrnout a dlouhodobě sledovat alespoň 10 tisíc žen.

Podalo se nakonec výzkum spustit? Jak probíhal?

Na počátku normalizace byl zrušen Výzkumný ústav imunologický a jeho zaměstnanci začleněni do Ústavu sér a očkovacích látek, jehož hlavní náplní nebyl výzkum, ale výroba biologických preparátů. Díky pomoci několika osvětených lidí na ministerstvu zdravotnictví – a kupodivu i vedení ÚSOL – jsme zřídili dvě gynekologické ordinace a našli dva dobré gynekology, kteří byli ochotni se výzkumnému zájmu na šest let upsat. Tým jsme postupně rozšířili o cytology, histology a také o vysoce kvalifikované psychology, kteří byli schopni získat odpovědi na otázky týkající se nejintimnějších stránek života žen. Právě ty měly odhalit rizikové faktory, podle nichž se musely vybrat k ženám, které onemocní, kontrolní osoby ze souboru těch, jež zůstaly zdravé.

Každá žena, která do projektu vstoupila, byla řádně gynekologicky vyšetřena. U všech bylo provedeno kolposkopické a cytologické vyšetření, odebrána krev a ve vedlejší místnosti proběhl pohovor s psychologem. Další gynekologické prohlídky se uskutečnily ve dvouletých intervalech. Všechny údaje byly zakódovány tak, aby by-

la zaručena anonymita, a ukládaly se do počítače ve Státním zdravotním ústavu, který se tenkrát jmenoval Institut hygieny a epidemiologie. Našími spolupracovníky na oddělení biostatistiky byli Jiří Jelínek a později inženýr Zdeněk Roth.

To musela být přímo mravenčí práce...

Náročná byla. Nemohu popsat všechny problémy, s nimiž jsme se museli potýkat, a krajně nepříjemné osobní situace, do kterých jsme se dostávali. Důležité bylo, že jsme v průběhu studie zachytili dostatečný počet žen s různě pokročilými neoplastickými změnami na děložním čípku a že se nám podařilo definovat rizikové faktory nemoci, což umožnilo vybrat ženy do kontrolní skupiny mezi těmi, které zůstaly zdravé.

Vyvrcholením studie bylo vyšetření sér odebraných od nemocných a zdravých žen při vstupu do studie. Séra byla zakódována, takže ani ten, kdo testy prováděl, ani ten, kdo odečítal výsledky, netušil, která séra pocházejí od zdravých a která od nemocných žen. Výsledky pak byly poslány na biostatistické oddělení SZÚ, kde byly uloženy do paměti počítače a dekodovány. Vzpomínám na ono čtvrteční odpoledne, kdy za mnou přišel kolega Jelínek se štosem vytisknutých tabulek. Byl bledý, skles-

lý a předal mi své nálezy se slovy: „Mezi zdravými a nemocnými není žádný rozdíl.“ Byl to šok. Kolega Kaňka i já, stejně jako téměř celý virologický svět, jsme do té doby byli skálopevně přesvědčeni, že HSV2 je původcem nemoci a že naše studie s konečnou platností potvrdí, že tomu tak skutečně je.

Něco bylo špatně?

To, že jsme udělali nějakou chybu, bylo první, co mne napadlo. Pamatuji se, že jsem stál u okna své pracovny, díval se na pankrácký vršek a zoufale se snažil vymyslet, co jsme zkazili. A najednou – to bylo jak blesk z čistého nebe – jsem si uvědomil, že naopak výsledky naší studie hypotézu o etiologickém vztahu HSV2 ke karcinomu děložního čípku vlastně vyvracejí. Víte, takové poznání je provázeno zvláštním pocitem jakéhosi osvětlení, s jakým se vědecký pracovník setkává jednou či dvakrát za život. V průběhu jednoho roku byly naše nálezy a jejich interpretace obecně přijaty. Tím se urychlil vývoj směrem k poznání lidských papillomavirů jako původců nemoci.

S kacířskou myšlenkou, že by právě tyto viry hrály rozhodující roli v patogenezi karcinomu děložního čípku, přišel německý vědec Harald zur Hausen. V době, kdy jsme dokončili naši studii, z jeho ústavu vyšly poznatky, které jeho hypotézu podpořily. Téměř všechny laboratoře, jež se do té doby zabývaly HSV2, přesedlaly na výzkum papillomavirů. Během následujících let se nashromáždilo tolik výsledků, že okolo roku 1995 již bylo jasno. Papillomaviry jsou klíčovými etiologickými faktorem nejen karcinomu děložního čípku, ale i velké části dalších nádorů lokalizovaných v anogenitální oblasti. A dnes jsou k dispozici dvě očkovací látky, jež mohou vyvolat imunitu proti nejnebezpečnějším typům papillomavirů.

Mám velkou radost z toho, že od 1. dubna letošního roku pojišťovny hradí očkování dívkám, které v daném kalendářním roce dovrší třináct let, tak jak jsme to navrhovali před pěti lety. Děje se tak proto, že vakcinace je maximálně účinná, je-li podána před zahájením sexuálního života. U již infikovaných osob její účinnost není žádná či velmi nízká.

Čím se oddělení experimentální virologie ÚHK, kde nyní pracujete, zabývá v současné době?

Na oddělení v současné době běží tři programy. Jedna skupina se dále zabývá papillomaviry, a to možnostmi vývoje vakcín, které by mohly být použity k terapeutickým účelům, roli papillomavirů

při vzniku zhoubných nádorů hlavy a krku a epidemiologií papillomavirů. Další skupina zkoumá nově objevený lidský polyomavirus, který je zřejmě původcem nádorů z Merkelových buněk. V současné době se ale většina pracovníků oddělení věnuje chronické myeloidní leukemii.

Od konce 90. let léčba leukemie velice pokročila – přímo skokově. Díky čemu?

Je tomu tak. K dramatickému přelomu došlo začátkem minulého desetiletí po zavedení cílené terapie. Děje se tak pomocí inhibitorů tyrosinkinázy, která je produktem fúzního genu BCR-ABL odpovídajícího za vznik nemoci. Léčba se však nemůže přerušit, aniž by se riskoval relaps nemoci. A zmíněné léky jsou velmi drahé. Mnozí soudí (a my k nim patříme), že nemoc bude možné vyléčit pomocí imunoterapie. Na našem oddělení se proto zabýváme možnostmi vyvinout terapeutickou vakcínu, která by – nespíš v kombinaci s cílenou chemoterapií – umožnila úplné uzdravení pacientů.

Proč jste přešli od nádorových virů ke studiu chronické myeloidní leukemie? Ta přece není virového původu.

Přes rozdílnou etiologii má mnoho společného s nádory virového původu. Samozřejmě velkou roli hrálo, že se do té doby zabývaly HSV2, přesedlaly na výzkum papillomavirů. Během následujících let se nashromáždilo tolik výsledků, že okolo roku 1995 již bylo jasno. Papillomaviry jsou klíčovými etiologickými faktorem nejen karcinomu děložního čípku, ale i velké části dalších nádorů lokalizovaných v anogenitální oblasti. A dnes jsou k dispozici dvě očkovací látky, jež mohou vyvolat imunitu proti nejnebezpečnějším typům papillomavirů.

Do studia imunologie chronické myeloidní leukemie jsme se pustili začátkem minulého desetiletí. Paralelně se na můjším modelu snažíme prověřovat různé typy vakcín proti buňkám transformovaným fúzním genem BCR-ABL. Doktorka Šárka Němečková se svými spolupracovnicemi se zaměřuje na vybrané antigeny nádorových buněk pacientů s chronickou myeloidní leukemií. Ve své výzkumné práci využívá peptidových vakcín, DNA vakcín a rekombinantních virů. Doktor Michal Šmahel míří pomocí DNA vakcín na kmenové nádorové buňky a skupina, kterou vedu já, pak pracuje na vývoji buněčných vakcín. Tato koncepce počítá s tím, že k imunizaci pacientů by se použily usmrcené nádorové buňky, které před tím byly geneticky modifikovány tak, aby produkovaly různé imunostimulační faktory, čímž by se imunogennost vakcín podstatně zvýšila.

PŘEDSTAVUJEME / KVÍZ

Plánujete nějakou velkou studii?

Pro vývoj a prověrku buněčných vakcín proti chronické myeloidní leukemii máme připraveny podrobné plány rozsáhlé studie, která počítá i s inaktivací mechanismů, jimiž se nádor brání imunitním reakcím organismu. Bohužel, v současnosti je tendence takto finančně náročné projekty nepodporovat.

Je nějaká naděje, že se to v dohledné době podaří?

Snažíme se získat podporu některé z firem nebo projekt řešit s motivem zahraničním partnerem. Snad se to podaří.

Jaké jsou podmínky pro realizaci projektu v Ústavu hematologie a krevní transfuze?

Vynikající. Jde po všech stránkách o skvělý ústav, který nepochybně

patří mezi nejvýkonnější vědecké instituce v České republice. Navíc je jedním ze čtyř zdravotnických zařízení, která jsou v České republice držiteli nejvyššího mezinárodního certifikátu kvality JCI. Tím, že je kombinací klinického oddělení a soustavy laboratoří, dovoluje jedinečné propojení základního a aplikovaného výzkumu, bez něhož asi není možný žádný zásadní pokrok v biomedicinském výzkumu. Výzkumnou práci v něm usnadňuje i perfektní organizace.

Je paradoxem, že se uvažuje o jeho zrušení (a také některých dalších ústavů podobného typu), tyto zprávy ostatně občas proběhnou i sdělovacími prostředky. Kdyby došlo k zániku ÚHKT, byla by to tragédie pro českou hematologii a těžká rána české lékařské vědě. Zánik vysoce produktivních vědeckých kolektivů, z nichž některé se

vytvářely po desítky let, by znamenal nenahraditelnou škodu. A to již nemluvíme o dalších vysoce záslužných činnostech ústavu, jakými jsou léčebná, pedagogická a konzultační činnost.

Co považujete za největší naději pro medicínu budoucnosti?

Velkou nadějí jsou jak genová, tak buněčná terapie a jsem přesvědčen o tom, že v budoucnosti změní tvář celé medicíny. Kdy se tak stane, je obtížné odhadovat. Před 10 či 15 lety jsme si mysleli, že využití těchto metod je nadosah. Vývoj však je a ještě nějaký čas bude daleko pomalejší, než jsme doufali. Z klinických studií se vracíme do laboratoří zjistit, proč se stalo to, co se stát nemělo, či proč se nestalo to, co se stát mělo.

Jak dlouho ještě plánujete vědecky pracovat vy sám?**prof. MUDr. Vladimír Vonka, DrSc.**

* 31. července 1930 v Praze

Po absolvování Fakulty všeobecného lékařství UK pracoval jako sekundární lékař v KÚNZ Ústí nad Labem, poté od roku 1956 v Ústavu epidemiologie a mikrobiologie, od roku 1957 ve Výzkumném ústavu imunologickém, který později splýnul s Ústavem sér a očkovacích látek. Od roku 1991 pracuje v Ústavu hematologie a krevní transfuze, nyní jako vedoucí laboratoře imunoterapie a genové terapie nádorů. Je zakládajícím členem Učené společnosti České republiky, zaklá-

dajícím členem České lékařské akademie a zvoleným členem American Academy of Microbiology a Academia Scientiarum et Artium Europea. Během své vědecké dráhy získal řadu ocenění, mezi nejvýznamnější patří státní vyznamenání Medaile za zásluhy v oblasti vědy (2005), cena Praemium Bohemiae (2007) a pětikrát Cena ministra zdravotnictví za vědeckou práci. Je ženatý, jeho manželka pracovala jako zubní lékařka, má syna a dvě vnoučata.

Nikdy v minulosti mne nenapadlo, že budu ve svém současném věku ještě činný, ale práce mě stále baví a vydržím u ní denně dost dlouho. Pokud tomu tak bude a pokud budu mít pocit, že jsem užitečný, budu v ní pokračovat. Při tom jsem

si vědom, že mne čeká daleko více zklamání než úspěchů. Příroda je totiž tak složitá, že se potvrdí jen málokterá – byť sebelépe podložena – hypotéza. Věda přináší neuvěřitelné množství překvapení. A i v tom je její půvab.

Po kom se jmenují?



1. Jméno profesora Vratislavské univerzity Aloise Alzheimera (1864–1915) nese jedna z nemocí skupiny atroficko-degenerativních chorob. O pojmenování onemocnění po tomto slavném lékaři se zasloužil jeho kolega Emil Kraepelin. V jakých oborech Alois Alzheimer pracoval a jaké byl národnosti? Byl:

- a) německým psychiatrem a neurologem
- b) rakouským psychiatrem a internistou
- c) rakouským internistou a neurologem

2. Ruský lékař-neuropatolog a psychiatr (1857–1927), fakultní kolega I. P. Pavlova, byl vůdčí osobností v klinickém výzkumu mentálních chorob, publikoval na 800 odborných prací. Ve svém stěžejním díle aplikoval na psychologické problémy Pavlovův podmíněný reflex, a urychlil tak vývoj amerického behaviorismu. Zemřel

za nevyjasněných okolností, je možné, že se mu stalo osudným stanovení diagnózy jistěmu diktátorovi... Jeho jméno nese chronické zánětlivé onemocnění zejména axiálních kloubů. Řeč je o:



- a) Sergeji Petroviči Fjodorovovi
- b) Ilju Iljiči Mečnikovovi
- c) Vladimíru Michajloviči Bechtěrevovi

3. Britský lékař, geolog a paleontolog James Parkinson (1755–1824), který v roce 1817 popsal ochrnutí s třesem, jež nazval *paralysis agitans* a které dnes nese jeho jméno, si musel na svou slávu téměř 100 let počkat. Vzhledem ke své otevřené kritice britského establishmentu a neskrývanému obdivu k francouzské revoluci zůstal až do roku 1912, kdy o něm uveřejnil článek J. C. Rowntree, téměř neznámým lékařem. Kromě Parkinsonovy choroby také jako první popsal případ:

- a) smrtelné perforace appendixu
- b) smrtelné intoxikace vodou
- c) smrtelného zánětu slinivky břišní

4. Americký gastroenterolog (1884–1983), spolupracovník Bernarda Sachse v americké Mount Sinai Hospital, prezident Americké gastroenterologické společnosti jako první popsal závažné onemocnění postihující různé úseky střeva. Po svém odchodu do důchodu se téměř uzavřel před světem, komunikoval v podstatě jen prostřednictvím svého bývalého zaměstnavatele. Jeho jméno zní:



- a) Baruch Samuel Blumberg
- b) Burrill Bernard Crohn
- c) William Howard Hay

5. V roce 1872 popsal americký praktický lékař a neurolog (1851–1916) autozomálně dominantně dědičné, nevléčitelné onemocnění mozku. Pocházel z lékařské rodiny – stejnou praxi jako on vykonával i jeho dědeček a otec. Chorobu, jež dnes nese jeho jméno, popsal již jako 22letý, a to v prvním ze dvou



odborných článků, které za svůj život napsal. V roce 1908 mu časopis *Neurograph* věnoval speciální vydání. Jedná se o:

- a) Paula Huntingtona
- b) Samuela Huntingtona
- c) George Huntingtona

6. Zakladatel endokrinologie, skotský lékař Thomas Addison



(1793–1860), po němž je pojmenována nedostatečnost kůry nadledvin projevující se nedostatkem jejích hormonů, popsal jako první ještě jedno onemocnění, jehož objev si však nárokoval i Švýcar Biermer. Tímto onemocněním je:

- a) megaloblastová anemie
- b) adenoskleróza
- c) chronická pankreatitida

7. Americká trypanosomóza (parazitární onemocnění způsobené prvokem *Trypanosoma cruzi*), která se vyskytuje především v některých zemích Jižní Ameriky, nese jméno po brazilském profesoru tropické medicíny (1879–1934), jež objevil původce této choroby a věnoval se rovněž výzkumu lepry. Byl jím:



- a) Eduardo Tolosa
- b) Carlos Chagas
- c) Nicolas Chambon

8. Po britském patologovi a anatomovi (1798–1866), který mimo jiné proslul i tím, že ve své soukromé praxi nebyl schopen požadovat po pacientech finanční odměnu, je pojmenováno maligní onemocnění lymfatických uzlin, jemuž podlehl i český herec a textař Jiří Grossmann. Jedná se o:

- a) Evansův syndrom
- b) Mongeovu chorobu
- c) Hodgkinovu nemoc

(kha)

KONÍČEK LÉKAŘE

Rostliny pro líné pěstitele

„Tillandsie mají zvláštní tenké listy s mikroskopickými průduchy, jimiž vstřebávají vzdušnou vlhkost a látky, které se ve vzduchu nacházejí. Dokonce v prašném prostředí čerpají výživu i z prachu rozpuštěného v dešťové vodě. Jsou to velmi skromné a velmi otužilé rostliny. Vyžadují téměř nulovou péči – s mírnou nadsázkou: Čím méně jí mají, tím lépe se jim daří,“ říká **profesor Karel Smetana ml.**

Prof. MUDr. Karel Smetana, DrSc., ml., působí v Anatomickém ústavu 1. lékařské fakulty UK. Středem jeho vědeckého zájmu je buněčná a vývojová biologie. Není proto překvapující, že i jeho koníčky se odvíjejí od zájmu o živou přírodu.

Původně jste nechtěl studovat medicínu, ale přírodovědeckou fakultu. Jak to bylo s vaší zálibou v entomologii a herpetologii?

Já měl rád nejen entomologii a herpetologii, ale prakticky celou zoologii a jen o něco méně i botaniku. Měl jsem představu, že budu zoologem, pokud možno expedičním, a budu někde v tropech chytat zvířata a popisovat je. Líbili se mi například hadi, tak jsem je začal chovat. Už v době mých klukovských let bylo u nás možné získat i různé evropské hady, například balkánské.

Míval jste v teráriu také „jedovatce“, jak jedovaté hady nazývají ve starých překladech Kiplingových „Knih džunglí“?

„Jedovatce“ jsem měl pouze jednoho, ale toho mi maminka nechtěla tolerovat, a tak putoval k jinému chovateli. Spoustu živočichů mi ale doma trpěli – od slepýše přes žáby a mloky až po pavouky.

Ale i ve velkoměstě, jakým je Praha, nemusí být člověk jen chovatel nebo návštěvník zoo, aby se dostal do blízkosti živočichů, které tu asi nečekáte. Velmi brzy ráno chodívám pěšky na metro a cestou, u OBI, pravidelně potkávám lišky. A přímo tady, na Spořilově, se synem v zimě pozorujeme kunu, která se přichází klouzat po předním skle u auta.

Vašemu Tadeášovi je deset let. Pokračuje ve vašem chovatelském koníčku?

Ano, chová sladkovodní asijské krevety, ty jsou takové malé, dorůstají asi do 1–2 centimetrů. Viděl je v akvaristickém obchodě, moc se mu líbily a přesvědčil mě, abychom čtyři koupili. Ještě máme – v jiném akváriu – gabunské krevety, ty jsou zajímavé tím, že mají vějíře, kterými směřují po-



Profesor Smetana ukazuje tillandsii v plné životní formě. Drží ji za háček, na kterém v létě rostliny visí rozvěšené po zahradě, v zimě doma v kuchyni. | Foto: Leoš Chodura

travu k ústnímu otvoru. Přes den se ukrývají, vylézají jenom v noci. Tenhle rytmus mají gabunské krevety i u nás doma v akváriu, ale v přírodě tím vyplňují niku, kdy nemají potravní konkurenty. V noci se mohou volně žít a navíc je neohrožují predátoři.

Kromě chovatele jste i pěstitel. Tady, na pražském Spořilově, vidáme na zahradních pergolách i jižních stěnách domků vinnou révu. Je to víceméně okrasná záležitost, nebo tu hrozny dozrají natolik, aby se z nich dalo vyrobit víno?

Vinná réva dozrávala i na stěně našeho domku. Když tu žila moje babička, byl celý dům porostlý odrůdou Burgundské modré. Babička hrozny sklízela, byly velmi sladké a moc dobré. Nechávala je vykvasit, měla od nějakého známého kvalitní kvasinky. Celou rodinu zásobovala velmi chutným polosuchým červeným vínem.

Vaším koníčkem se však nestalo pěstování vinné révy, ale tillandsií. O jaké rostliny jde?

Jsou to bromelie, patří do nadčeledi bromeliovitých. Jedná se o velmi zvláštní rostliny, protože mají slabě vyvinutý kořenový systém a jsou epifytní. Tillandsie mají zvláštní tenké listy s mikroskopickými průduchy, kterými vstřebávají vzdušnou vlhkost a látky, které se ve vzduchu nacházejí. Dokonce v prašném prostředí čerpají výživu i z prachu rozpuštěného v dešťové vodě. Kořeny mají dospělé tillandsie doslova jen proto, aby rostlina nespadla, musí totiž být někde zavěšená. Jde o velmi skromné a velmi otužilé rostliny. Vyžadují téměř nulovou péči. S jen mírnou nadsázkou: Čím méně péče mají, tím lépe se jim daří. Jsou to rostliny pro líné pěstitele. Počkat delší dobu si ale jejich pěstitelé musejí na květy, u mladých rostlin se objeví nejdříve za dva roky, v létě. Bývají to drobné květy, které vydrží kvést několik dní. Po odkvětu většinou rostlina odumírá. Předtím však vytvoří rostliny dceřiné.

Kde vás tyto docela nenápadné rostliny zaujaly?

Tillandsie se mi velmi zalíbily, když jsem byl v Mexiku, Střední Amerika je totiž oblast tillandsiím zaslíbená, pocházejí z amerických tropů a subtropů. V Mexiku jsem sváděl sám se sebou velmi urputný boj, rád bych si byl totiž odtud nějakou tillandsii přivezl domů. Jsou tam ale všude upozornění na přísné tresty, konkrétně hrozí několikaměsíční uvěznění, pokud u vás mexický celní úřad při odjezdu nalezne byť jedinou sazenici, takže jsem se neodvážil. Moji první tillandsii mi nakonec přivezla manželka. Koupila ji v Českých Budějovicích.

Vypátral jste prodej sazenic i někde jinde?

Koupit tillandsie někdy můžete na různých výstavách, objevily se v jednom letním stánku v pražské zoologické zahradě, občas je vidám v květinářstvích. I v Česku jsou lidé, kteří se zabývají nejen pěstováním, ale též obchodováním s tillandsiemi. Někdy však prodávají tillandsie obarvené třeba namodro. Rostlina pak těžce bojuje o život, protože barva

jí blokuje průduchy, a to i když jde o barvu floristickou.

Jak se rostliny z tropického pralesa dokáží vyrovnat se suchým létem na zahrádce uprostřed Evropy?

Existují takzvané „zelené“ a „stříbrné“ tillandsie. Pralesní jsou ty zelené, které skutečně musejí mít vysokou vlhkost vzduchu, minimálně šedesáti procentní. Stříbrné jsou naopak pouštní a polopouštní, ty potřebují vzdušnou vlhkost mírnou. Ale zelené i stříbrné jsou velmi adaptabilní. Jakmile se na jaře oteplí, stěhuji ty naše na zahradu – a tam se o ně nestarám vůbec. S příchodem prvních mrazíků tillandsie přemísťuji na kuchyňské okno. Máme je zavěšené na záclonách. Věším je tak, aby různé listy směřovaly ven, ne do místnosti. Přiměřené množství světla je pro jejich přežití kritické. Důležitá je pro ně rovnováha mezi vlhkostí, teplotou vzduchu a světlem. V kuchyni netopíme. Chladno, zimní světlo a zarosení jednou týdně je ideální kombinace. Rosím je stříčkou naplněnou měkkou vodou, nejvhodnější je převařená. V těchto podmínkách a s touto minimální péčí u nás přes zimu dobře prosperují.

Řadě hospodyněk by epifyty rozvěšené po záclonách, navíc každý týden sprchovaných, asi dost vadily. Už se vám rostliny i se záclonami někdy protočily v bubnu pračky?

Neprotočily se nikdy! Moje manželka je na tillandsie velmi vlídná. Než pere záclony, velmi pečlivě kontroluje, jestli v nich některá rostlina neuvázla.

Na floristickém webu líčil jeden pěstitel tillandsií příhodu, která jemu komická rozhodně nepřišla: V suchém létě rostlinkám vytvořil na zahradě provizorní koupaliště z vědra, tillandsie do něj ponořil a vydal se na oběd. Když se vrátil, měly oběd za sebou i jeho slepice. Sice vegetariánský, zato exotické chuti... Slepici predátoři asi tillandsie obvykle neohrožují, ale co třeba puklice nebo padlí?

Škůdci a choroby ohrožují bromelie jen minimálně. Naším škůdcům nechutnají, tyto rostliny pro ně nejsou atraktivní. Ani kvůli chorobám rostlin rozhodně není třeba na tillandsie aplikovat nějaké chemické postřiky a podobně. V tomto směru tillandsie žádnou ochranu nepotřebují, ochrání se samy.

Kutilové a jiní koumáci

Lékaři jsou nevyčerpatelnou studnicí kutilských historek. Koneckonců jsou to oni, u kterých většina příběhů, jejichž hrdinou je kutil a cirkulárka, vrtačka, šroubovák, motorová pila nebo hoblovka, končí. Zvláště bohatou sbírku mají lékaři z rekreačních oblastí, protože chata či chalupa jsou pro kutila nejčastějšími polygony pro experimentování v duchu hesla „udělej si sám“.

Provrtaný šourek

MUDr. Jaroslav Trávníček, obvodní lékař v Sedlci u Blatné, praví, že už se v tomto směru ničemu nedívá. „Když jsem dělal na chirurgii v Pisku, dovezli nám pacienta, který si držel ruku v rozkroku. Ten nebožák něco vrtal a místo, aby použil svěrák, si držel dřevo mezi koleny. Následkem bylo, že si provrtal šourek. Kolega Krampa to nemohl šít, protože říkal, že se smíchy neudrží. Skončilo to dobře, a pokud všim, následky tohoto úrazu po ošetření nakonec nebyly žádné.“

Ruční vrtačka je vůbec zdrojem nejrůznějších kratochvílí amatérských kutilů. Obětí pokusů dokázat, že i intelektuál je schopen vyvrtat díru do zdi, byla manželka jistého pražského lékaře, který na své chalupě potřeboval zavěsit na zeď křížifix po babičce. Ta moudrá žena svému muži říkala: „Zbyňku, já na to pozvu souseda, to je řemeslník.“ Pan doktor zabral vrtačku do zdi, když předtím zaaretoval spínač, takže když se přístroj kousl, vymkl se mu z ruky a začal rotovat šílenou rychlostí, aby se nakonec utřel a odletěl. Cestou vzaly za své starožitné hodiny, televizor a poté, co se odrazil od šicího stroje, na němž už nikdo nikdy nic neušije, bacil tu opatrnou dámu do hlavy. Když ji s ořezem mozku nakládali do sanitky, ještě prý zanaříkala: „Zbyňku, já ti to říkala.“

Případy, kdy kutilské úsilí poškodí nevinnou oběť, nejsou vzácné. MUDr. Trávníček pamatuje příklad, kdy si jistý chalupář za cenu nezměrného úsilí vykopal ve skále žumpu. Tam, kde by odborník udělal zábranu předepsanou normou, tento amatér položil přes jezírku jámu pouze překližku. Tak „ulovil“ svoji ženu, která po pádu do hlubiny utrpěla kontuzi ledviny.

Vteřinové lepidlo

Strojem nadmíru nebezpečným je okružní pila – populární cirkulárka. „Tuhle mašinu bych zakázal pod trestem smrti,“ praví, primář ortopedického a traumatologického oddělení Nemocnice Příbram MUDr. Pavel Holub. „Těch uživených prstů je nepočítaně. Jenže těm lidem jako by

to nestačilo. Měl jsem případ pacienta, který si amputoval prsty opakovaně.“

Když už se stane a prsty jsou uřaty, bývá problém s jejich přišitím na původní místo. Někdy je replantace nemožná kvůli poškození tkáně v místě utěti nebo i proto, že prsty prostě nejsou k dispozici. MUDr. Jan Skoula z pražské zdravotnické záchrané služby uvádí případ, kdy kutil strčil tři prsty do hoblovky. Na dotaz lékaře, kde je má, odpověděl, že mu je sežraly slepice.

V lékařských análech je zaznamenán i případ, kdy kutil, který přišel o prst při sekání dříví, promptně použil vteřinového lepidla. Prst tím zachránil pouze do chvíle, než mu byl v nemocnici opět amputován, protože takto nalepený prst už byl neschopný replantace.

A jsme-li u vteřinového lepidla, uveďme i příklad dámy, která si amatérsky lepila nehty a protřela si oko. Oddělit slepená víčka potom dalo lékařům na očních dost fušku. Ještě předtím museli uklidnit službu konající sestru, která se dala do nezvládnutelného smíchu, když se jí na dotaz, jaký má pacientka problém, dostalo prohlášení: „Já jsem si zalpila oko.“

Výbuch na toaletě

Ředitel pražské záchranky MUDr. Zdeněk Schwarz zase uvádí případ amatérského natěrače. Dotyčný pán natřel plot na chatě. Ruce od barvy omyl hadrem napuštěným technickým benzínem. Ten poté odhodil do suchého záchodu, kam vzápětí odešel za potřebou. Přitom si dopřál cigaretu, kterou odhodil tamtéž. Následující výbuch způsobil těžké popáleniny sedacích partií amatérského natěrače, který se vznesl do vzduchu, přičemž prorazil stříšku kadičubky a způsobil si ořez mozku spojený se zlomeninou klíční kosti. Při návratu k zemi to nevydržela chatrná konstrukce sedáku nad jímkou a onen chudák skončil v hlubinách s obsahem pohříchu nevábným – a se zlomenou kyčlí.

„Některé věci by někteří jedinci měli dělat v brnění, nebo si na to aspoň vzít přílbu a ochranný štít přes obličej,“ praví MUDr. Tráv-

níček. „Měl jsem tady pacienta, který sekal dříví hasičskou sekýrkou opatřenou na druhém konci špičákem, kterým si sám prorazil lebku.“

Naprosto neuvěřitelné věci se mohou dít, zmocní-li se amatér míchačky. Dovezou-li na traumatologii člověka, který vypadá, jako by jej pošlapal slon, možná to bylo právě proto, že nešika měl v úmyslu pomoci míchání betonové směsi tím, že do míchačky strčil lopatu. Jakmile se mu lopata vymkla z ruky, nabrala ho za kšandy od montérek, několikrát vynesla do vzduchu a zase s ním bacila o zem. Přivolaný lékař konstatoval mnohočetné zlomeniny a pohmožděné ohanbí, neboť rozkrok montérek se choval jako lis.

Podříznutí vlastní větve

V jisté jihočeské obci je vzpomínána takříkajíc kolektivní katastrofa amatérských dřevorubců, kteří v dobrém úmyslu odstranit letitý akát ohrožující kapličku na návsi použili lano zapřažené za buldozerem. Padající akát se následně zhoupl na drátech elektrického rozvodu, přičemž vytrhal nástřešní sloupky několika domů, kde vzaly za své štíty a kusy střech. Potom dopadl na buldozer, jemuž zdemoloval kabinu, a kořeny vrostlé do základů kapličky nakonec dokonaly dílo zkázy, protože za své vzal i svatostánek.

O tom, co dokáže intelektuál s motorovou pilou v ruce, svědčí případ z Benešovska. Učitel základní školy začal přežezávat ořešák způsobem, že usedl na řezanou větev, přičemž řez vedl mezi sebou a kmenem. Klasický případ podřezání vlastní větve pod sebou, s tříměsíčním pobytem v nemocnici.

Z téhož soudku je případ amatérského tesaře, který vypůjčenou řezovou pilou zcela bez uvažování přeřízl trám spojující pozednice krovu ve chlévě, tzv. hambalek, protože mu vadil při přebudování chléva na garáž. Následkem bylo okamžité zhroucení střechy, pod jejímiž troskami nebožák „pohřbil“ sebe i svůj automobil. Mohl mluvit o štěstí, že sám spočinul v dutině vedle svého vozu jen se zlomeninou žeber.

Jističe a bidety

Obzvláště populární jsou u lékařských kruhů amatérští elektroinstalatéři. Smrtelné úrazy ponecháme protentokrát stranou. Každý odborník vám řekne, že hroužit se do útrobu televizoru šroubovákem bez izolace a sedět při tom na ústředním topení je pitomost první třídy. Dotyčný kutil vypovídal v nemocnici, kam byl odvezen ve značně zbledovém stavu, že ho to „prvně kopol do zadnice“, poté „vlítul ksichtem do bedny“, a když bezmocně ležel na zemi, mohl jen sledovat zpod ožehnutého obočí, jak od hořícího přijímače chytá nábytková stěna. Od té doby je silně alergický na televizní hokejové přenosy, protože touha spatřit prvoligový mač jej přivedla k osudovému rozhodnutí odstranit závalu svépomocí.

Zcela přiměřený věku počítačů je případ jisté inženýrky, která monitor svého PC omývala mokřím hadrem za provozu. Lékař, který ji resuscitoval, jí poradil, ať příště přístroj alespoň vypne, a když už, tak ať ten hadr aspoň předem vyždímá.

Pod regálem

Nikdy nevěřte prodávacům nábytku, že sestavit to či ono je hračkou. Prodávací lžou a montážní návody zastírají rizika s tím spojená. V lékařských análech je zaznamenána děsivá příhoda jistého doktora obojího práva, který uvěřil, že sestavení regálové stěny z nerezových trubek zvládne i amatér. Sestavení opravdu zvládl, a když se s regálem dostal do třímetrové výše u stropu své advokátní kanceláře, měl ho podle návodu ukotvit ve stropu šroubovacími hroty. Jakmile několikrát otočil maticí, regál se odlepil od stěny i s nešťastným juristou. Pod trubkami a nepohyblivého jej kolegové našli až nazítří ráno v poněkud potupné situaci, protože se v tomto stavu nemohl uchýlit na toaletu.

Zcela rizikovým chováním je zlovyk ukřívát potřebný spojovací materiál v ústech. Každý lékař vám potvrdí, že pokud spolknete hrst nerezových vrutů, jako jistý státní zaměstnanec, který si svépomocí montoval kuchyňskou



Ilustrace foto: Shutterstock

linku, existuje jen malá možnost, že vyjdou ven přirozenou cestou. Vyjma újmy fyzické existuje i reálné nebezpečí, že se kvůli svépomocné montáži nábytku dostanete do blázince.

Lékaři sice někdy mají sklon přehánět, ale proč nevěřit známému pražskému sexuologovi, který tvrdí, že má už rok v péči kutila, jenž provozoval sex na svépomocně smontované palandě, která se pod náporom vášně zhroutila. Ten muž má od té doby problémy s erekcí a úspěchem terapie je prý už jen to, že přestal koktat.

Ševče, drž se svého...

Na závěr malá statistika. Podle lékařů jsou prý nejčastějšími obětmi kutilství vojáci z povolání. Domácí výbuchy a katastrofy spojené s požáry způsobují hlavně pedagogové a ženy v domácnosti. Na montáži nábytku a vůbec vše, co se dělá podle návodu, by si měli dát pozor právníci, protože ti mají sklon pošetile věřit úředním návody. Že k úrazu může přijít i technik, dokládá případ svépomocného řezníka, občanským povoláním stavebního inženýra. Místo prase otomráčil sebe a vyděšené zvíře potom pokousalo několik zabičkových hostů, jimž musela být dána protitetanovka.

A ještě poslední historka o tom, že fušovat se dá i do medicíny. Doktor Schwarz vzpomíná na případ amatérského ošetření jistého zedníka, který padl pod neobvykle vysokou dávkou alkoholu, přičemž chrčel a podivně slíntal. Jeho neméně zřízené kumpání to okamžitě diagnostikovali jako epileptický záchvat. „Pacienta“ znehybnili tím, že na něj nalezli vsí silou a podle jakési zmatené teorie, že epileptikům se musí vkládat něco mezi zuby, mu tam nalali násadu od lopaty. Vyjma polámaných žeber si potom dotyčný musel pořídit i zubní protézu.

(Zdroj: splachovac.cz)

Zemřel profesor **Rudolf Vaněček**

Ve věku 96 let zemřel dne 7. srpna 2012 emeritní přednosta II. patologicko-anatomického ústavu Fakulty všeobecného lékařství Univerzity Karlovy prof. MUDr. Rudolf Vaněček, DrSc.

Podílel se na pitvách tří prezidentů republiky (Klementa Gottwalda, Antonína Zápotockého a Antonína Novotného), neviděl v tom však nic mimořádného. „Tělo jako tělo...“ říkal vždy. „A jak jsem k tomu přišel? Ke mně do bývalého patologicko-anatomického ústavu ve fakultní nemocnici posílali k histologickým analýzám i vzorky odebrané pacientům bývalého Sanopzu na Malvazinkách. Tato nemocnice pro prominenty totiž vlastní patologický ústav neměla. Dělal jsem to navíc, při běžných povinnostech v ústavu, v podstatě zadarmo. Až po něja-

kém čase už toho bylo moc, tak mi to přidali na částečný úvazek. Ale kdybych to spočítal, nakonec to bylo za dvacet korun, včetně pitvy prezidenta. A že by mě kvůli Gottwaldovi nějak speciálně kádrali nebo že by mě sledovali tajně a podobně, to je nesmysl...“ Přednostou patologicko-anatomického ústavu byl v letech 1963–1971 a děkanem Fakulty všeobecného lékařství Univerzity Karlovy v letech 1963–1966. V 60. letech rovněž působil v Ženevě jako účastník mezinárodních studií organizovaných WHO, zejména tý-

kajících se problematiky aterosklerózy. V rámci politických změn na počátku 70. let však byl zbaven všech vedoucích funkcí. Přesto i nadále pracoval jako vysoce kvalifikovaný a kolegy respektovaný diagnostický patolog až do svých 85 let. „O nás patoložích koluje řada legend a pověr. Že bez flašky koňaku nebo rumu neděláme, že jsme cyničtí vtipálci, kterým není nic svaté. Pokud můžu hovořit za sebe, žádný alkoholik jsem nikdy nebyl a že bych měl někdy sklon k morbidnosti... V dětství jsem žádné žáby nekuchal, šel jsem na medicí-

nu s perspektivou, že budu obvodák. Ale ve třetím ročníku na fakultě jsem začal pracovat jako demonstrátor na patologii. Byly za to tři stovky měsíčně, tehdy v roce 1936 to byly velké peníze, vždyť buňt stál padesát halířů. Pak přišla válka, vysoké školy Němci zavřeli, já zůstal na patologii a po válce už mi bylo líto tuhle praxi hodit za hlavu.“ A tak se stal patologem. Možná i díky této profesi se sám smrti nebál. Na posmrtnou existenci nevěřil, život byl podle něj náhoda, byť krásná... „Život je prostě život. Člověk tady je, žije a zase není. Nemá smysl

v tom hledat nějaké tajemství. Žiješ, vychováš děti a zemřeš. Na smrti není nic strašného, člověka musí těšit to štěstí, že se vůbec narodil a nějakou dobu na tom světě prožil. Na nějaké zmrtvýchvstání se opravdu nemůžete spolehnout.“ V profesoru Rudolfu Vaněčkovi ztrácí Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta UK a Všeobecná fakultní nemocnice významného představitele oboru patologická anatomie, člověka charakterního a zásadového, vynikajícího kolegu a přítele.

(mč)

Projekt ICRC **Věda pro zdraví**

Motivovat k lékařskému výzkumu je cílem projektu, na nějž FNUSA na tři roky získala 22 milionů korun. Spolufinancován je Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky prostřednictvím operačního programu Vzdělávání pro konkurenceschopnost.

Motivace pro studenty

Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně (FNUSA) získala na léta 2012–2014 grant ve výši přesahující 22 milionů korun na realizaci svého projektu zaměřeného na popularizaci lékařského výzkumu, na kterém stojí i její budované Mezinárodní centrum klinického výzkumu, a na zvýšení motivace středoškolských a vysokoškolských studentů pro studium medicínských či příbuzných oborů a podporu vědecké činnosti.

Představit a popularizovat výsledky výzkumu

„Chceme se zaměřit na to jak představit a popularizovat výsledky lékařského výzkumu široké veřejnosti. Je velmi důležité, aby výsledkům vědeckých výzkumů porozuměla nejen odborná, ale také laická veřejnost. Předpokladem je, že dostane včas a ve srozumitelné podobě přesné informace. Vzbudit pozornost chceme také u potenciálních zájemců o vědecké bádání a práci v našich mezinárodních týmech.

Ty se ve svých programech zaměřují především na prevenci závažných onemocnění masově postihujících populaci vyspělých zemí a na jejich léčbu (například infarkt myokardu nebo Alzheimerova choroba), což patří k našim prioritám,“ říká ředitel FNUSA Ing. Petr Koška, MBA.

Možnost získání pozice asistenta výzkumu

Jak toho chce management projektu „Věda pro zdraví“ dosáhnout, přibližuje vedoucí lékař



Tomáš Kára. | Foto: Martin Ježek

Mezinárodního centra klinického výzkumu doc. MUDr. Tomáš Kára, Ph.D. „Již oslovujeme vy-

brané univerzity po celé republice, kde chceme realizovat sérii přednášek, které jsou součástí konceptu Akademie klinického výzkumu. Do té se zapojí asi třicet mentorů a přednášejících z řad expertů v oborech medicínských, biomedicínských, *public relations* a dalších. Součástí jsou i odborně zaměřené semináře, v rámci kterých bude nejlepšími účastníkům se zájmem o vědeckou činnost v oblasti *life-sciences* nabídnuta pozice asistenta klinického výzkumu ve vybraném programu projektu FNUSA-ICRC. To by mohlo být pro zájemce velmi motivující.“

(red)

Kongres Evropské biomechanické společnosti bude v Praze

Hlavní město České republiky uspělo v kandidatuře na 21. kongres Evropské biomechanické společnosti (ESB), který se bude konat v roce 2015. Na tento multidisciplinární kongres přijede do Prahy na tisíc delegátů.

Na výroční zasedání rady v rámci 18. kongresu Evropské společnosti pro biomechaniku v Lisabonu 1.–4. července 2012 bylo přizváno několik uchazečů, aby představili svoji kandidaturu na organizaci v pořadí již 21. kongresu společnosti v roce 2015. Kandidáti z Francie (Paříž) a Rakouska (Štýrský Hradec) se mohli na rozdíl od Česka opřít o rozsáhlou síť vě-

deckých pracovníků. Přesto však zasedání na základě prezentace v Lisabonu, kterou připravila Česká biomechanická společnost ve spolupráci s organizací CZECH-IN, zvolilo jako další destinaci právě Českou republiku a její hlavní město. Evropská společnost pro biomechaniku byla založena v roce 1976 na schůzi 20 vědců z 11 zemí v Bruse-

lu. Nyní jde o největší biomechanickou společnost v Evropě s více než 750 členy. Cílem ESB je podporovat výzkum, šířit znalosti a podporovat pokrok v biomechanice. Jeho multidisciplinárního kongresu se každoročně zúčastní na 1000 delegátů, mezi nimiž jsou převážně vědci, inženýři a další specialisté z oboru.

(red)

Workshop občanského sdružení Kolumbus

Senát Parlamentu České republiky a občanské sdružení Kolumbus pořádají 10. září 2012 odborný workshop „Cesty k sociálnímu začleňování a naplňování rovných příležitostí pro osoby s duševní poruchou v ČR“.

Záštitu nad akcí převzala senátorka Miluše Horská a místopředseda Senátu Parlamentu ČR doc. JUDr. Petr Pithart.

Cílem workshopu je diskutovat se zástupci veřejné správy a samosprávy a dalšími významnými aktéry o současné situaci v ČR i z hlediska uživatelů psychiatrické péče a prezentovat výsledky setkání jejich uživatelů na toto téma, a to v kontextu výsledků analýzy strategických dokumentů ČR týkajících se sociálního začleňování a naplňování rovných příležitostí osob ohrožených sociálním

vytvořením. V návaznosti na diskusi bude připraven návrh opatření a aktivit ke zlepšení současné situace.

Workshop se koná 10. 9. od 10.00 do 13.00 hodin v Zeleném salonku Kolowratského paláce Senátu Parlamentu ČR, Valdštejnská 10, Praha 1 – Malá Strana. Účast je třeba potvrdit do konce srpna.

Kontakt: e-mail: jan.f.jaros@seznam.cz
Další informace: www.os-kolumbus.org

(red)

Ostravské fakultní nemocnici je právě sto let

14. srpna uplynulo sto let ode dne, kdy byl otevřen pavilon, jenž se stal základem dnešní největší nemocnice v Moravskoslezském kraji. První nemocnice v Ostravě ale byla uvedena do provozu už v roce 1848.

V průběhu 19. století se Moravská Ostrava stala jedním z nejvýznamnějších průmyslových středisek rakousko-uherské monarchie. Hospodářský rozkvět „města uhlí a železa“ sem přivedl za prací tisíce lidí. Narůstající příliv obyvatel znamenal i nutnost výstavby nemocnice.

V roce 1846 začala Moravská Ostrava se stavbou první nemocnice, otevřena byla již v roce 1848. Stávala na místě, kde pak na konci 20. let 20. století vyrostla funkcionalistická budova obchodního domu ASO. Dnes je zde ostravská pobočka Všeobecné zdravotní pojišťovny.

Nemocnice na pastvinách

V roce 1885 bylo rozhodnuto o výstavbě nemocnice pro léčení infekčních chorob. Volba místa tentokrát nepadla na centrum města, ale na ještě nezastavěné Fifejdy. Jejich zvláštní název je zkomoleninou původního Viehweide, česky pastviny. Do provozu byla infekční nemocnice na Fifejdách uvedena již za rok po rozhodnutí tehdejší ostravské radnice.

O dalších několik let později se na Fifejdách opět začalo stavět, protože stará jednopatrová budova v centru už nevyhovovala vybavením ani kapacitou – město nutně potřebovalo velkou všeobecnou nemocnici.

Nemocnice na Fifejdách byla slavnostně otevřena 14. dubna 1898 za přítomnosti moravského místodržitele, barona Spens-Bodena. Do roku 1918 nesla název Veřejná nemocnice císaře Fran-

tiška Josefa v Moravské Ostravě. Postupným rozšiřováním a modernizacemi z ní vznikla dnešní Městská nemocnice Ostrava, která je od 1. 1. 1992 příspěvkovou organizací města.

Na začátku jen dva lékaři a sestry boromejky

Mladší z velkých ostravských nemocnic, dnešní Fakultní nemocnice Ostrava, je „teprve“ stoletá. 14. srpna 1912 byl otevřen první pavilon původní nemocni-



ce v Zábřehu nad Odrou. Na začátku její existence tu pracovali pouze dva lékaři, dr. Vladimír Hradečný a dr. Hermann Löw, kterým při práci asistovaly sestry řádu Milosrdných sester sv. Karla Boromejského. Právě Epidemická nemocnice pro Vítkovice-Zábřeh nad Odrou v katastru obce Zábřeh nad Odrou se stala základem dnešní Fakultní nemocnice s poliklinikou Ostrava, jež sídlí v Ostravě-Porubě.

První republika, zejména ve druhém desetiletí své existence, byla dobou velkého rozšiřování nemocnice výstavbou řady moderních nemocničních pavilonů. Například v roce 1933 tu bylo otevřeno gynekologicko-porodnické oddělení, kde byl zároveň instalován první rentgenový přístroj v této nemocnici. V roce 1935 byl otevřen interní pavilon, jenž měl jako první k dispozici EKG pracoviště. V letech 1942–1945 nemocnice sloužila jako německý vojen-

ský lazaret a po náletu ke konci 2. světové války byla z velké části zničena.

Od poválečné obnovy ke statutu FN

Období po druhé světové válce, zejména pak po roce 1948, znamenalo pro celou oblast další obrovský rozvoj těžkého průmyslu a s ním dobrovolný (a často i nedobrovolný) nábor pracovníků sil z celého Československa. „Černé



3x foto: archiv FN Ostrava

srdce republiky“ se rozrůstalo a v roce 1951 byla pro potřeby regionu obnovena i dnešní fakultní nemocnice. Tento statut nemocnice získala v roce 1992. Založení nemocnice fakultního typu ve třetím největším městě České republiky bylo výsledkem mnohaletého úsilí zdravotnických pracovníků a Ostravské univerzity o vytvoření vrcholného odborně vzdělávacího zařízení v regionu severní Moravy a Slezska.

Nejnovější dějiny

V roce 1994 byl otevřen nový lůžkový monoblok v porubském areálu, koncem roku 2001 byl slavnostně uveden do provozu pavilon porodnicko-gynekologické kliniky. V roce 2005, po přístěhování ústavu soudního lékařství, byla Fakultní nemocnice s poli-

linikou Ostrava se sídlem v Porubě kompletní. V roce 2006 nemocnice přijala název Fakultní nemocnice Ostrava a také novou podobu svého znaku s Aeskulapovým hadem vinoucím se ze zkratky názvu nemocnice.

Základní, specializovanou i vysoce specializovanou zdravotní péči ve Fakultní nemocnici Ostrava zajišťuje čtyřicet klinik, oddělení, center, laboratoří, ústavů a nemocniční lékárna.

Nemocnice má více než 3 tisíce zaměstnanců, ročně provede zhruba 600 tisíc ambulantních vyšetření a hospitalizuje průměrně 44 tisíc pacientů. Za 100 let se vypracovala v největší zdravotnické zařízení ve svém kraji a jednu z předních nemocnic v České republice.

Jana Jilková

Pozvánka na XXI. moravskoslezské dny pneumologie

Česká pneumologická a ftizeologická společnost ČLS JEP, Klinika tuberkulózy a respiračních nemocí LF OU a FN Ostrava, Česká asociace sester a Výtvarné studio Jan Chaloupek, s. r. o., vás zvou na XXI. moravskoslezské dny pneumologie.

Akce proběhne v Hotelu Park Inn Ostrava ve dnech 5.–6. 10. 2012. Členy programového výboru jsou MUDr. Jaromír Roubec, Ph.D., prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc., a prof. MUDr. Jana Skříčková, CSc.

Hlavní témata lékařské sekce (5.–6. 10.):

- Pneumoonkologie
- Intersticiální plicní procesy
- Tuberkulóza

Hlavní témata sesterské sekce (5. 10.):

- Ošetřovatelská péče o pacien-

ty s cystickou fibrózou, pneumonií a jinými onemocněními dýchacích cest

- Faktory ovlivňující ošetřovatelskou péči
- Bronchologie (cizí tělesa, EBUS)

Kongres je ohodnocen pro lékaře 12 kredity, pro sestry účast 4, aktivní účast 10 a spoluúčast 8 kredity. Informace o registraci, programu a ubytování: <http://msd2012.cz>
Kontakt: Ing. Ivana Chaloupková, tel.: 602 370 963, e-mail: info@msd2012.cz

(red)



Přeregistrace zdravotnických zařízení

Prosím o objasnění postupu při nucené přeregistraci zdravotnického zařízení (konkrétně se jedná o ordinaci praktického lékaře) podle nového zákona o zdravotních službách. Jaké údaje a podklady jsou k tomu potřeba, kam mám žádost o přeregistraci doručit, do kdy musím novou registraci získat a co mi hrozí, pokud termín nedodržím.



odpovídá
JUDr. Pavel Zajíc

návrh zákona zavedl přeregistrace.

Termíny

Pro potřeby přeregistrace vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR metodický pokyn č. 2/2012, který blíže upravuje postup při

přeregistraci. Každý poskytovatel musí podat žádost do konce roku 2012. V případě podání kdykoli do 31. 12. 2012 může žadatel poskytovat zdravotní služby na základě svého dosavadního oprávnění (tzv. registrace) až do 31. 3. 2015; dále žadateli vznikne nárok na tzv. přeregistraci (udělení nového oprávnění k poskytování zdravotních služeb) tak, aby bezprostředně navazovala na zánik jeho dosavadní registrace, a konečně krajský úřad je povinen udělit nové oprávnění do 31. 3. 2015, přičemž platí, že pokud by v této lhůtě nové oprávnění vydáno nebylo, zůstává dosavadní registrace žadatele v platnosti až do doby, než mu bude uděleno nové oprávnění.

Podklady a poplatek

Žádost o přeregistraci je potřeba ve výše uvedeném termínu pře-

dat příslušnému krajskému úřadu (kraje, ve kterém žadatel provozuje zdravotnické zařízení). Formulář žádosti o přeregistraci je k dispozici ke stažení na webových stránkách příslušného krajského úřadu. Obsahuje zejména identifikační údaje žadatele a odborného zástupce, adresu místa poskytování zdravotních služeb, formu, obor a druh poskytované zdravotní péče, název zdravotní služby, datum, ke kterému žadatel hodlá zahájit poskytování zdravotních služeb, a dobu, po kterou žadatel hodlá poskytovat zdravotní služby. K žádosti není potřeba přikládat

žádné listiny. Krajský úřad provede kontrolu dokladů, které má k dispozici, a pokud zjistí, že některé listiny chybí, vyzve žadatele k jejich doplnění. Při podání žádosti o přeregistraci je třeba zaplatit správní poplatek ve výši 1000 Kč. Po podání žádosti předkladatel vyčká na vydání rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb, eventuálně obdrží výzvu krajského úřadu k doplnění chybějících podkladů.

Důležité dodatky

Jak již bylo uvedeno, má krajský úřad na vyřízení žádosti čas do

konce března 2015. Lze tedy předpokládat, vzhledem k očekávanému množství žádostí o přeregistraci, že reakce krajského úřadu na podání žádosti může trvat delší dobu. Stále však platí, že v případě, kdy krajský úřad nevydá oprávnění do 31. 3. 2015, zůstává dosavadní registrace v platnosti až do doby udělení nového oprávnění.

Pro úplnost uvádím, že dosavadní provozovatelé, kteří již nyní vědí, že svou praxi ukončí do 31. 3. 2015, nepotřebují žádat o přeregistraci. Zároveň poukazuji na skutečnost, že dosavadní provozovatelé, kteří provozovali zdravotnická zařízení na území více krajů (jsou držiteli několika registrací), musí požádat o přeregistraci u každého krajského úřadu zvlášť. Pokud však dosavadní provozovatel provozuje více ordinací na území jednoho kraje, bude žádat o přeregistraci pouze jednou.

Dne 1. 4. 2012 nabyl účinnosti zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Tento zákon předpokládá, že dosavadní provozovatelé nestátního zdravotnického zařízení, kteří chtějí poskytovat zdravotní služby i po 31. 3. 2015, musejí do konce roku 2012 požádat o nové oprávnění k této činnosti (tzv. přeregistrace).

Je zajímavé, že požadavek na přeregistraci původně nebyl obsažen ve vládním návrhu zákona a ke změně registrace zdravotnického zařízení na oprávnění k poskytování zdravotních služeb mělo dojít automaticky ze zákona. Až poslanecký pozměňovací

Práce na dohodu od ledna 2012

Bylo by možné podat kompletní přehled legislativních změn, které nastaly od 1. ledna 2012 v souvislosti s uzavíráním dohod o provedení práce? Tj. časové limity, odvody pojistného apod.?



odpovídá
Mgr. Petra Maryšková

Pojistné

V případě dohod o provedení práce, kde měsíční odměna zaměstnance v příslušném měsíci přesáhne 10 000 Kč, vznikla zaměstnavateli nově povinnost odvádět za tohoto zaměstnance pojistné (zdravot-

Od 1. ledna 2012, resp. od účinnosti novely zákoníku práce a navazujících právních předpisů, skutečně došlo v úpravě dohod o provedení práce k zásadním změnám. Tato problematika je velmi široká, ale pokusím se největší legislativní změny shrnout do několika bodů:

Zákoník práce

Dohoda o provedení práce musí být podle nové úpravy uzavřena mezi smluvními stranami vždy písemně a je v ní nutné uvádět rozsah práce (vymezení náplně práce v hodinách). Celkový rozsah práce u jednoho zaměstnavatele však nesmí činit více než 300 hodin v kalendářním roce (dříve 150 hodin). Ze zřejmých důvodů je vhodné v dohodě uvádět dobu, na kterou je dohoda sjednána, předmět práce, výši odměny a doporučuji zakotvit i možnosti ukončení dohody.

ní a sociální pojištění), jako by se jednalo o běžného zaměstnance na základě pracovní smlouvy. V tomto ohledu tak vzniká i navazující povinnost zaměstnavatele zaregistrovat zaměstnance u příslušné zdravotní pojišťovny a správy sociálního zabezpečení, ale například i vydat tomuto zaměstnanci evidenční list důchodového pojištění.

Nemocenské pojištění

Z výše uvedeného vyplývá, že za zaměstnance pracujícího na základě dohody o provedení práce je v určitých případech odvedeno pojistné. V tomto kontextu je tedy zřejmé, že se zaměstnanec účastní i nemocenského pojištění a vzniká mu nárok na nemocenskou. Zaměstnavatel se tak může ocitnout v nelehké situaci, kdy nebude zcela zřejmé jak určit zaměstnanci nemocenskou (její nárok a výši). Pro tyto případy do-

poručuji do textu dohody uvádět tzv. rozvrh „směn“, jímž se určí, kdy zaměstnanec v týdnu provádí práci. Od těchto směn již lze odvodit nárok a výši nároku na nemocenskou.

Zdanění

Příjmy z dohod o provedení práce nadále spadají pod daň z příjmu fyzických osob, proto zaměstnanec musí počítat s tím, že mu ze mzdy bude stržena daň z příjmu, jejíž výše se odvíjí od výše mzdy či platu (hranice odměny 5000 Kč a 10 000 Kč).

Vstupní prohlídka

Zákon o specifických zdravotních službách navíc přišel s novinkou, že všichni uchazeči o zaměstnání, a to i osoby pracující na základě dohody o provedení práce, musí mít vstupní lékařskou prohlídku. Zde by v nejbližší době mělo dojít ke zrušující novelizaci, proto dané ustanovení více nerozvádím.

Závěr

Dohoda o provedení práce prošla velkou změnou a přináší řadu zpřísnění, u nichž lze velmi pochybovat, zda mají kladný účinek na jednotlivé zaměstnance a využitelnost dané dohody o provedení práce. Praxe ukáže.



ilustrační foto: Shutterstock

Kdy vzniká studentům a absolventům povinnost platit sociální pojištění

Když si chci jako medik přivydělat, za jakých okolností musím začít platit sociální pojištění?

odpovídá

Jana Buraňová

vedoucí oddělení komunikace a tisková mluvčí
Ústředí České správy sociálního zabezpečení

Doba studia na střední, vyšší odborné nebo vysoké škole se od 1. 1. 2010 nezapočítává do doby pojištění potřebné pro důchod a nehodnotí se již ani jako tzv. náhradní doba pojištění. Studentům ani absolventům povinnost hradit pojistné na sociální zabezpečení nevzniká. Účast na důchodovém pojištění si studenti, kteří dosáhli věku 18 let, mohou zajistit prostřednictvím dobrovolného důchodového pojištění. Nejnížší pojistné hrazené v roce 2012 činí 1760 Kč měsíčně a je stanoveno jako 28 % z částky odpovídající jedné čtvrtině průměrné mzdy platné v roce 2012, tj. z částky 6285 Kč.

Pravidla pojištění pracujících studentů

Studenti, kteří během školního roku nebo o prázdninách pracují, mají povinnost platit pojistné na sociální zabezpečení, pokud jejich zaměstnání zakládá účast na nemocenském pojištění. Konkrétně se jedná o studenty, kteří mají uzavřenou pracovní smlouvu nebo dohodu o pracovní činnosti. Od 1. 1. 2012 také dohoda o provedení práce s příjmem u jednoho zaměstnavatele nad 10 000 Kč za měsíc zakládá povinnou účast na důchodovém a nemocenském pojištění. Zaměstnavatel za studenty odvádí pojistné na sociální zabezpečení, současně se studentům tato doba započítává do doby pojištění potřebné pro důchod.

Pojistné v nezaměstnanosti

Jestliže absolvent nenastoupí do práce ani se nezaregistruje na úřadu práce, povinnost platit pojistné na sociální zabezpečení

mu nevzniká, není však důchodově pojištěn. Pokud se absolvent rozhodne registrovat na úřadu práce, rovněž nemusí pojistné platit. Doba evidence na úřadu práce se hodnotí podle pravidel uvedených v zákoně o důchodovém pojištění a dokládá se zpětně až v souvislosti se žádostí o důchod.

Pojištění OSVČ

Absolventi i studenti mohou začít podnikat a stát se osobou samostatně výdělečně činnou. Ti, kteří studují střední, vyšší odbornou či vysokou školu a nedosáhli věku 26 let, jsou považováni za nezaopatřené dítě. To je důvod pro výkon vedlejší samostatné výdělečné činnosti. Při výkonu vedlejší výdělečné činnosti se platí pojistné na důchodové pojištění pouze tehdy, pokud se k tomu studenti či absolventi sami přihlásí, nebo v případě, kdy daňový základ ze samostatné výdělečné činnosti dosáhl výše zakládající povinnou účast na důchodovém

pojištění (v roce 2012 činí rozhodně částka 60 329 Kč s odečtením 5028 Kč za každý kalendářní měsíc, ve kterém nebyla činnost vykonávána). Zahájení samostatné výdělečné činnosti se ohlašuje příslušné okresní správě sociálního zabezpečení podle místa trvalého bydliště, kde studentům rovněž poradí jak postupovat.

Pojistné při práci v zahraničí

Pokud absolvent nebo student plánuje vycestovat do zahraničí za prací či sezónním přivýdělkem, nemusí tuto skutečnost oznamovat ČSSZ. Nevzniká mu ani povinnost hradit pojistné na sociální zabezpečení a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti.

Úřad práce ČR pro absolventy doplňuje informace z oblasti podpory v nezaměstnanosti a podpory při rekvalifikaci.

Podpora v nezaměstnanosti

V principu absolvent nárok na podporu v nezaměstnanosti nemá. Pokud ale student v posledních dvou letech (rozhodně období) pracoval v součtu alespoň 12 měsíců (tj. vykonával činnost, která byla dobou důchodového pojištění, například v letních měsících absolvoval brigády), má na podporu v nezaměstnanosti nárok. Její výše činí v prvních dvou měsících 65 % průměrného čistého měsíčního výdělku, další dva měsíce 50 % a zbyvající jeden měsíc pak 45 %.

Podpora při rekvalifikaci

Student, který po ukončení studia nemůže najít práci, může získat podporu při rekvalifikaci. Podmínkou je, aby se žadatel účastnil rekvalifikačního kurzu nebo programu, který je zajišťován Úřadem práce ČR.

Čerpání ošetřovného – informace ČSSZ pro ošetřující lékaře

Především praktickým lékařům pro děti a dorost a praktickým lékařům přináší Česká správa sociálního zabezpečení informace o podmínkách a způsobu čerpání sociální dávky krátkodobě vyplácející péčující o nemocné dítě, dospělého příbuzného nebo jiného člena domácnosti.

Ošetřovné je jednou z dávek nemocenského pojištění. Vždy se poskytuje zaměstnanci v případě, kdy je dítě mladší 10 let nemocné nebo po úrazu. U starších dětí záleží v konkrétním případě na rozhodnutí ošetřujícího lékaře o potřebě ošetřování. Ošetřovné se poskytuje i v situaci, kdy je potřeba ošetřovat nemocného člena domácnosti, který prokazatelně žije ve společné domácnosti. O tom, zda zdravotní stav z důvodu nemoci či úrazu vyžaduje ošetřování jinou osobou, rozhoduje ošetřující lékař.

Kdo a kdy má na ošetřovné nárok

Nárok na ošetřovné má zaměstnanec, který nemůže pracovat, protože se musí postarat o nemocného člena domácnosti (nemusí jít jen o potomka nebo příbuzného), jehož zdravotní stav vyžaduje krátkodobé ošetřování. Ošetřovné lze čerpat i v době, kdy vznikla potřeba pečovat o zdravé dítě mladší 10 let proto, že školské nebo dětské zařízení bylo uzavřeno pro nepředvídanou událost (např. z důvodu havárie, epidemie), dítěti byla nařízena karanténa nebo osoba, která jinak o dítě pečuje, sama onemocněla.

Nárok na ošetřovné nemají osoby samostatně výdělečně činné, dále zaměstnanci, pokud je jejich zaměstnání zaměstnáním malého rozsahu, zaměstnanci na základě dohody o pracovní činnosti nebo dohody o provedení práce či zaměstnanci pracující z domova. Nárok na výplatu dávky nevzniká zaměstnanci ani v době prvních

21 kalendářních dnů dočasné pracovní neschopnosti.

Jak dlouho se ošetřovné vyplácí

Ošetřovné lze čerpat maximálně 9 kalendářních dnů. Náleží od prvního kalendářního dne, kdy lékař potvrdí potřebu ošetřování, a vyplácí se i za soboty, neděle a svátky. Rodiče se v průběhu 9 dnů mohou v ošetřování jednou vystřídat. Zaměstnanec-samoživitel, který má v trvalé péči dítě ve věku do 16 let, může čerpat ošetřovné až 16 kalendářních dnů.

Jak o ošetřovné žádat

Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče) vystavuje ošetřující lékař. Zaměstnanec doplní potřebné údaje a potvrzení předá zaměstnavateli. Tímto krokem uplatní nárok na čerpání ošetřovného. Pro výplatu dávky musí zaměstnanec doložit ukončení nebo trvání potřeby ošetřování. Toto po-

tvrzení rovněž vystaví ošetřující lékař a opět se bez zbytečného odkladu předává zaměstnavateli. Pokud se rodiče v péči střídají, uplatňuje rodič, který ošetřoval člena domácnosti jako druhý v pořadí, nárok na ošetřovné na tiskopisu, který je k dispozici u zaměstnavatele, na kterého okresní správa sociálního zabezpečení (OSSZ) nebo na webových stránkách ČSSZ. Spolu s ním předloží zaměstnavateli potvrzení o ukončení nebo trvání potřeby ošetřování (péče) potvrzené lékařem. Dojde-li k uzavření školského nebo dětského zařízení, potvrzení k čerpání ošetřovného získá rodič pro zaměstnavatele od pověřené osoby zařízení.

V jaké výši a za jak dlouho se ošetřovné vyplácí

Výši ošetřovného si můžete spočítat pomocí kalkulačky, kterou má na svých webových strán-

kách Ministerstvo práce a sociálních věcí (www.mpsv.cz/cs/11580). Při měsíčním příjmu 10 000 Kč činí ošetřovné za 9 dnů 1602 Kč. Ošetřovné činí 60 % redukováného denního vyměřovacího základu za kalendářní den. Vyměřovací základ se zjednodušeně získá z průměrného příjmu za 12 měsíců, které předcházely potřebě ošetřování nebo péče.

Ošetřovné vyplatí OSSZ nejpozději do jednoho měsíce od data, kdy obdržela kompletní podklady ke zpracování výplaty. Formu výplaty (bankovní převod nebo poštovní poukázka) si volí příjemce. V případě výplaty poštovní poukázkou se dávka ošetřovného snižuje o náklady související s doručováním složenky.

Kde poradit

Žádosti o ošetřovné zpracovává OSSZ, u které je zaměstnavatel evidován. Každý pracovní den dotazy k nemocenskému pojištění zodpoví a s řešením konkrétní situace poradí na telefonní lince ČSSZ, která má číslo 840 406 040.

Kalendář akcí odborných lékařských společností – září 2012

Pořádá-li vaše společnost odbornou konferenci, seminář, přednáškový večer atd., o kterých by profesní kolegové rozhodně měli vědět, zašlete prosím základní informace na e-mail: miksova@mf.cz

20th meeting of the Balkan Clinical Laboratory Federation 8th EFLM symposium of the Balkan region 18th congress of medical biochemists of Serbia

18.-22. 9. 2012/Bělehrad, Srbsko

Místo konání:

Best Western Hotel M

Pořadatel: Balkan Clinical Laboratory Federation (BCLF), International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (IFCC), European Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (EFLM), Ministry of Education and Science of Serbia, Ministry of Health of Serbia
Kontakt: www.bclf2012.org

32nd congress of the European Society of Surgical Oncology Individualising cancer surgery, highest standards of surgical care in the management of patients with solid tumours

19.-21. 9. 2012/

Valencie, Španělsko

Pořadatel: European Society of Surgical Oncology (ESSO)

Kontakt: www.ecco-org.eu/Conferences/Conferences/ESSO-32

11th congress of the European Federation of Sexology

20.-22. 9. 2012/Madrid, Španělsko

Místo konání: NH Eurobuilding

Kontakt: www.issm.info/events/11th-congress-of-the-european-federation-of-sexology-efs

9th Central European symposium on pharmaceutical technology

20.-22. 9. 2012/

Dubrovnik, Chorvatsko

Kontakt: www.cespt2012.org

4th congress of ESPA

20.-22. 9. 2012/

Stressa, Lago Maggiore, Itálie

Pořadatel: European Society for Paediatric Anaesthesia (ESPA)

Kontakt: www.euroespa.org

Kurz Diabetologie I – základy

Klasifikace, diagnostika a terapie diabetu a jeho komplikací, prevence aterosklerózy

21.-22. 9. 2012/Praha

Místo konání: Hotel Iľf

Pořadatel: IPVZ

Kontakt: www.ipvz.cz

9. sympozium o radiční onkologii

21.-22. 9. 2012/Nový Jičín

Místo konání: Žerotínský zámek

Pořadatel: oddělení radioterapie Nemocnice Nový Jičín

Kontakt: Ivana Krumpolcová;

tel.: 556 416 192, 602 543 513;

e-mail: ivana.krumpolcova@radioterapie.cz;

www.radioterapie.cz;

www.onkologickecentrum.cz

ECHODNY 2012

21.-22. 9. 2012/Špindlerův Mlýn

Místo konání:

Hotel Harmony Club

Pořadatel: pracovní skupina echokardiografie České kardiologické společnosti ve spolupráci s pracovní skupinou nukleární kardiologie a pracovní skupinou chorob myokardu a perikardu
Kontakt: www.kardio-cz.cz

11th German-Czech ENT-days

New perspectives in oncology, minimally invasive diagnostics and surgery in ENT

21.-22. 9. 2012/Lipsko, Německo

Místo konání:

Univerzitní nemocnice Lipsko

Pořadatel: Klinika ORL, chirurgie hlavy a krku Lékařské fakulty Lipské univerzity a Univerzitní nemocnice Lipsko

Kontakt:

<http://otolaryngologie.cz>

Setkání primářů

21.-22. 9. 2012/Znojmo

Místo konání:

Hotel Happy Star Hnanice

Pořadatel: kožní oddělení

Nemocnice Znojmo

Kontakt: prim. MUDr. Alena Čermáková; e-mail:

alena.cermakova@nemzn.cz;

www.lfhk.cuni.cz/dermat

25. slovenský a český epileptologický sjezd

21.-22. 9. 2012/Tále, Slovensko

Místo konání: Hotel Partizán

Pořadatel:

Slovenská neurologická společnost SLS, Slovenská liga proti epilepsii, Česká liga proti epilepsii

Kontakt: www.clpe.cz

20. severočeská imunologická konference

Imunodeficiency, trendy v alergologické diagnostice

21.-22. 9. 2012/Ústí nad Labem

Místo konání: Severočeské

divadlo opery a baletu

Pořadatel: Česká společnost alergologie a klinické imunologie

ČLS JEP, Diagnostické a výzkumné centrum Nadace Jeffreyho

Modella, Česká imunologická

společnost, Zdravotní ústav se

sídlem v Ústí nad Labem, Imunologie Ústí nad Labem, o. p. s.

Kontakt: www.csaki.cz

Seminář SVL ČLS JEP

Od omeprazolu k esomeprazolu.

Chřipka trochu jinak. Jak vhodně nabídnout pacientovi očkování.

22. 9. 2012/Brno, Olomouc

Místo konání: Kancelář veřejného ochránce práv (Brno), aula

Právnické fakulty UP (Olomouc)

Pořadatel: Společnost

všeobecného lékařství ČLS JEP

Kontakt: www.svl.cz

Pediatrický den

Časté klinické příznaky a jejich výpovědní hodnota (horečka, bolest, zvracení a dušnost v dětském věku)

22. 9. 2012/Ostrava

Místo konání: Hotel Imperial

Pořadatel:

Klinika dětského lékařství LF Ostravské univerzity a FN Ostrava

Kontakt: doc. MUDr. Michal

Hladík, Ph.D.; tel.: 597 373 515;

e-mail: michal.hladik@fno.cz;

www.pediatrics.cz

Syndrom bolestivého ramene

Kurz pro fyzioterapeuty a ergoterapeuty

22.-23. 9. 2012/Rajhrad

Místo konání: Dům léčby bolesti

s hospicem sv. Josefa (DLBšH)

Pořadatel:

Edukační centrum DLBšH

Kontakt:

Mgr. Romana Kestlerová; tel.:

547 232 223, 737 230 770; e-mail:

romana.kestlerova@charita.cz;

www.dlbsh.cz

FONS 2012 – sympozium klinické biochemie

Ekonomické podmínky fungování laboratorní medicíny, nové biochemické analyty v labo-

ratorní diagnostice, současné trendy v molekulárněbiologických metodách, nádorové markery, glykovaný hemoglobin v roce 2012, klinická farmakologie a toxikologie, stanovení vitamínů a stopových prvků v praxi, provoz a využívání zdravotnických registrů...

23.-25. 9. 2012/Pardubice

Místo konání:

Aula Univerzity Pardubice

Pořadatel: STAPRO, s. r. o., ve spolupráci s Českou společností klinické biochemie ČLS JEP

Kontakt: www.fonsinfo.cz

Malé doškolovací dny v gynekologii a porodnictví

Nejčastější poševní infekce – základní management, kontracepce a dlouhé cykly, významné novinky v onkogynekologii pro neonkology, lékaři vs. porodní asistentky v ambulantní i nemocniční praxi

25. 9. 2012/Moravská Ostrava

Místo konání: Hotel Park Inn

Pořadatel: Levret, s. r. o.

Kontakt: www.levret.cz

Dimenze F 2012 – cyklus podzimních seminářů

Krise středního věku, Alzheimerova demence, závislost na alkoholu

26. 9. 2012/Zlín

Místo konání: Interhotel Moskva

Pořadatel:

Solen Medical Education

Kontakt: www.solen.cz

Místo konání: Angelo Hotel Pilsen

Pořadatel:

Solen Medical Education

Kontakt: www.solen.cz

Prvky kinestetiky v ošetrovatelské péči

Pohyb a co ho ovlivňuje, jednoduché manipulace s nemocným, polohování a polohovací pomůcky, pohyb v lůžku – sed – vertikalizace, přesun lůžko – židle a zpět, pohybové vzory a jejich význam, praktický nácvik

25. 9. 2012/Rajhrad

Místo konání: Dům léčby bolesti

s hospicem sv. Josefa (DLBšH)

Pořadatel: DLBšH – Oblastní

charita Rajhrad, Institut paliativní medicíny České společnosti

paliativní medicíny ČLS JEP

Kontakt:

Mgr. Romana Kestlerová; tel.:

547 232 223, 737 230 770; e-mail:

romana.kestlerova@charita.cz;

www.dlbsh.cz



Ilustrační foto: Shutterstock

15. OTC konference

Tradiční setkání výrobců volně prodejných léků a doplňků stravy

26. 9. 2012/Čestlice

Místo konání: Hotel Aquapalace

Pořadatel: Androsa

Kontakt: www.androsa.cz

Mezinárodní konference k oslavě 90. výročí založení ČDS ČLS JEP a SDS SLS

26. 9. 2012/Praha

Místo konání:

Národní dům na Vinohradech

Pořadatel:

Česká dermatovenerologická společnost ČLS JEP, Slovenská dermatovenerologická společnost SLS

Kontakt:

www.lfhk.cuni.cz/dermat

Dimenze F 2012 – cyklus podzimních seminářů

Krise středního věku, Alzheimerova demence, závislost na alkoholu

26. 9. 2012/Zlín

Místo konání: Interhotel Moskva

Pořadatel:

Solen Medical Education

Kontakt: www.solen.cz

Místo konání: Angelo Hotel Pilsen

Pořadatel:

Solen Medical Education

Kontakt: www.solen.cz

Malé doškolovací dny v gynekologii a porodnictví

Nejčastější poševní infekce – základní management, kontracepce a dlouhé cykly, významné novinky v onkogynekologii pro neonkology, lékaři vs. porodní asistentky v ambulantní i nemocniční praxi

26. 9. 2012/Olomouc

Místo konání: Regionální

centrum, sál Centaurus

Pořadatel: Levret, s. r. o.

Kontakt: www.levret.cz

Seminář SVL ČLS JEP

Od omeprazolu k esomeprazolu. Chřipka trochu jinak. Jak vhodně nabídnout pacientovi očkování.

26. 9. 2012/Praha, České Budějovice

Místa konání:

Lékařský dům (Praha), Česká

Budějovice (hotel Malý pivovar)

Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

4. mezinárodní kongres úrazové chirurgie a soudního lékařství

Polytrauma a komplikace v chirurgické péči – přednemocniční péče, urgentní příjmy, forenzní problémy

26.–27. 9. 2012/Mikulov

Místo konání: Hotel Galant

Pořadatelé: Klinika úrazové chirurgie LF MU a Traumacentrum FN Brno, Ústav soudního lékařství LF MU a FN u sv. Anny v Brně, Akademie Aesculap

Kontakt:

www.kongres-mikulov.cz

23. Izakovičův memoriál 2012

Molekulární genetika, onkogenetika, klinická genetika, cytogenetika, prenatální genetika, trendy a výskum

26.–28. 9. 2012/Bratislava

Místo konání: Hotel Barónka

Pořadatelé: Slovenská spoločnosť lekárskej genetiky SLS, oddelenie lekárskej genetiky Onkologického ústavu sv. Alžbety Bratislava

Kontakt: www.ousa.sk

25th Danubian psychiatric symposium

The first episode of psychosis and the impact of long-life, anxiety – a psychiatric, medical and social issue, addiction, a multidimensional approach, pathological aging – a multidisciplinary approach

25.–29. 9. 2012/

Temešvár, Rumunsko

Místo konání:

Regional Business Centre

Kontakt:

www.danubepsychiatry.ro

9th annual congress of the German Society for Clinical Chemistry and Laboratory Medicine

26.–29. 9. 2012/

Mannheim, Německo

Místo konání: Congress Center

Rosengarten Mannheim

Kontakt: www.dgkl2012.de

Otevřený seminář pro rodinné terapeutky

27. 9. 2012/Praha

Místokonání: Prevcentrum, o. s.,

Meziškolská 2, Praha 6

Pořadatel:

Liberecký institut rodinné terapie

a psychosomatické medicíny

Kontakt: www.lirtaps.cz

Seminář SVL ČLS JEP

Očkování z celoživotního pohledu v ordinaci praktického lékaře

27. 9. 2012/Ostrava

Místo konání: Mamaison Business & Conference Hotel Imperial

Pořadatel: Společnost

všeobecného lékařství ČLS JEP

Kontakt: www.svl.cz

European conference of oncology pharmacy

27.–29. 9. 2012/

Budapešť, Maďarsko

Místo konání:

Novotel Budapest Congress

Pořadatel: European CanCER

Organisation (ECCO)

Kontakt: www.ecco-org.eu/ECOP

4. kongres jednodňové chirurgie

Poruchy panvového dna

– diagnostika a léčba

28. 9. 2012/Sliach – Sielnica

Místo konání: Hotel Kaskády

Pořadatel: Sekcia gynekologickej

urologie Slovenskej gynekologic-

ko-porodničkej spoločnosti SLS,

Gynpor Sliach, s. r. o.

Kontakt: MUDr. Ján Galád;

tel.: +421 905 621 123,

e-mail: galad@gynpor.sk;

www.urogynnekologia.sk

52nd European School of Nuclear Medicine

28.–29. 9. 2012/Lvov, Ukrajina

Místo konání:

Dnister Premier Hotel

Pořadatel: European School

of Nuclear Medicine (ESNM)

Kontakt: www.eanm.org

10. slovenská a 52. československá AT konference

Genderové rozdíly u závislosti, diagnostika závislosti, dostupnost léčby

28.–30. 9. 2012/

Nový Smokovec, Slovensko

Místo konání: Hotel Atrium

Pořadatelé: sekcia drogových zá-

vislostí Slovenskej psychiatrickej

spoločnosti SLS, AT sekce Psychi-

atrické společnosti ČLS JEP

Kontakt: http://snncls.cz

37th ESMO congress

28. 9. – 2. 10. 2012/Vídeň, Rakousko

Pořadatel: European Society

for Medical Oncology (ESMO)

Kontakt: www.esmo.org/events/

vienna-2012-congress.html

28th Ernst Klenk symposium in molecular medicine

The genomic future of medicine

30. 9. – 2. 10. 2012/

Kolín nad Rýnem, Německo

Místo konání:

hlavní posluchárna Lékařské

fakulty Kolínské univerzity

Pořadatel: Centrum molekulární

medicíny Kolínské univerzity

Kontakt:

www.zmmk.uni-koeln.de/

content/klenk_symposium_2012

6th Santorini conference Biologie prospective

Systems biology

and personalized health

– science and translation

30. 9. – 2. 10. 2012/Santorini, Řecko

Pořadatel:

European Society of Pharmacoge-

nomics and Theranostics (ESPT)

Kontakt: www.santorini2012.org

32nd congress of the International Society of Urology

30. 9. – 4. 10. 2012/

Fukuoka, Japonsko

Pořadatel:

International Society of Urology

Kontakt: www.siucongress.org

(sta)

Inzerce A121009572

Mladá fronta divize Medical Services představuje

Recidivující infekce dýchacích cest a imunomodulácia u detí

Monografie podává recentní pohled na problematiku opakovaných respiračních infekcí (RIDC) v dětském věku a na možnosti jejich komplexní léčby a prevence. Vedle definice RIDC je na úvod analyzována etiologie těchto onemocnění a popsán diagnostický přístup k dětským pacientům, kteří opakovanými infekcemi trpí. Tato problematika je dána do souvislosti i s fyziologickou, tedy „normální“ nemocností dítěte. Nejrozsáhlejší část knihy je věnována možnostem ovlivnění imunitního systému v dětském věku pomocí různých látek, ale i režimovými opatřeními ad. Další oddíl se pak týká imunomodulace v hraničních disciplínách. Vhodným obohacením monografie je kapitola zdůrazňující multidisciplinární přístup k diagnostice a léčbě RIDC.

Autoři:
doc. MUDr. Miloš Jeseňák, Ph.D., MBA,
MUDr. Zuzana Rennerová, Ph.D.,
prof. MUDr. Peter Bánovčin, CSc.,
a kolektiv

Doporučená cena 850 Kč

Vybrané kazuistiky nádorů u adolescentů a mladých dospělých

Autoři na konkrétních a velmi zajímavých případech osvětlují problematiku onkologie adolescentů a mladých dospělých, přičemž apelují na včasné rozpoznání a zahájení léčby těchto onemocnění. V úvodních kapitolách jsou zdůrazněna specifika nádorů u dospívajících a problematika jejich diagnostiky a léčby obecně. Ve speciální části se nacházejí kazuistiky uspořádané podle jednotlivých diagnóz. V rámci každé z nich je čtenář obeznámen s anamnézou, iniciačním vyšetřením a stanovením diagnózy, následuje diferenciálně diagnostická rozvaha a je popsán léčebný algoritmus, v závěru je pak zmíněn další osud pacienta a význam prezentované kazuistiky.

Autoři: MUDr. Viera Bajčiová, CSc., a kolektiv

Doporučená cena 400 Kč

Při objednání na *knihka.cz* sleva 15%

MEDICAL SERVICES

komplexní informační servis ve zdravotnictví

Mladá fronta a. s. Mezi Vodami 1952/9-143 00 | Praha 4-Modřany | tel. 225 2776 168, e-mail: knihy@mfcsmf.cz, www.medical-services.cz

Luboš Kotík Předoperační vyšetření



Rozsah: 136 stran
Cena: 250 Kč
ISBN: 978-80-
-204-2696-3
Vydavatel:
Mladá fronta,
edice Aeskulap

Cílem této praktické publikace (nevelké rozsahem, ale podstatně a hutně obsahem) bylo shrnout na jednom místě všechny aspekty předoperačního vyšetření takovým způsobem, aby v textu bylo možno rychle najít podklady pro posouzení konkrétního pacienta – tzn. najít konkrétní řešení v dané situaci, oddělit stěžejní informaci od informace podrobné a zároveň případným zájemcům podat dostatečné zdůvodnění, proč je takový postup doporučován. Jedná se o rukověť pro klinickou praxi, nikoli o dílo snažící se vyčerpávajícím způsobem shrnout všechny názorové aspekty a patofyziologické rozborů týkající se dané problematiky. Dalším důvodem vzniku této knížky je fakt, že související mezinárodní doporučení jsou nezdědky velmi rozsáhlá a orientace v nich je zdlouhavá a obtížná. Některé postupy se navíc pro naši medicínu nehodí, neboť například nemáme rutinně k dispozici určité metody. Autor v knize prezentuje důležitou roli kvalitního předoperačního vyšetření na záklá-

dě svých dlouholetých zkušeností, díky nimž má možnost posuzovat s určitým nadhledem měnící se náhledy na jednotlivé *guidelines*. Klinici postavení před problém provedení předoperačního vyšetření nebo se k němu konziliárně vyjádřit by zde měli najít vyhovujícího pomocníka pro svá rozhodnutí.

Vladimír Zbořil a kol. Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů



Rozsah: 168 stran
Cena: 350 Kč
ISBN: 978-80-
-204-2656-7
Vydavatel:
Mladá fronta,
edice Aeskulap

Monografie našich předních specialistů shrnuje v současnosti dostupné informace o poměrně nové modalitě léčby Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy.

V úvodní části jsou kromě historie biologické léčby probrány jednotlivé molekuly, jež se užívají nejen v gastroenterologii, jejich názvosloví, mechanismy účinku a účinnosti. V dalších kapitolách se autoři věnují idiopatickým střevním zánětům, jejich klasifikaci, jak klinické, tak endoskopické, a účinnosti biologické terapie na Crohnovu chorobu i ulcerózní kolitidu. Podrobněji je popsána strategie léčby v jednotlivých obdobích, jako je remise, hluboká remise

NOVÉ KNIHY

a relaps, včetně indikací, interakcí, kontraindikací a nežádoucích účinků jednotlivých léků. Opomenuta není ani problematika včasné indikace chirurgického řešení a nutriční intervence. V závěru knihy se autoři zabývají otázkou bezpečnosti podávání biologické léčby ve specifických situacích (těhotenství, kojení, dětský věk, mimostřevní lokalizace ISZ) a též velmi důležitou otázkou selhání biologické terapie a možnostmi jejího ukončení.

Text je doplněn množstvím citací klinických studií a řadou názorných grafů, schémat a tabulek.

Zuzana Nevalová Izotretinoin v praxi



Rozsah: 156 stran
Cena: 340 Kč
ISBN: 978-80-
-204-2695-6
Vydavatel:
Mladá fronta,
edice Aeskulap

Izotretinoin patří do 1. nearomatické generace retinoidů. Protože jako jediný působí na všechny čtyři hlavní etiopatogenetické faktory akné, je neúčinnějším prostředkem v léčbě této nepříjemné kožní choroby. Perorální izotretinoin je vysoce účinný a bezpečný, je-li užíván dle doporučených pravidel, přesto stále mnoho lékařů má z této léčby obavy. Právě proto byla napsána tato kniha. Je praktickým návodem jak postupovat při terapii těžkých forem akné,

a to nejen u jinak zcela zdravých lidí, ale i u pacientů s jinými doprovodnými chorobami či laboratorními odchylkami nebo u sportovců. Autorka též zdůrazňuje důležitou roli následné léčby lokálními retinoidy pro udržení pozitivního efektu navozeného předchozí perorální izotretinoinem. V závěru je zmíněno užití izotretinoinu i u dalších chorob, především u lupénky a periorální dermatitidy. Text je doplněn řadou názorných obrázků a tabulek.

Lenka Hulanová Internetová kriminalita páchaná na dětech Psychologie internetové oběti, pachatele a kriminality



Rozsah: 224 stran
Cena: 199 Kč
ISBN: 978-80-
-7387-545-9
Vydavatel: Triton

Děti byly odjakživa snadnou kořistí pro pachatele jakékoli trestné činnosti, hlavně kvůli své důvěřivé povaze, naivěti a nezkušenosti. Oplývají přirozenou zvědavostí a dychtivostí zkoušet stále nové věci. Toto zkoušení a poznávání jim dnes velmi usnadňuje internet. Pachatelé internetové kriminality to vědí a dokáží toho patřičně využít. První část knihy na konkrétních příkladech seznamuje s nejnámějšími druhy internetové kriminality páchané na dětech a se základními psychologickými poznatky o pachatelích

a obětích. Druhá část je věnována výzkumu kauzistik dětských obětí internetové kriminality a zkušenosti dnešních dětí s internetem. Publikace je určena nejen odborníkům z řad psychologů, pedagogů, kriminalistů, sociálních pracovníků či soudců, ale i laické veřejnosti, které mimo jiné poskytuje návod jak děti v kyberprostoru chránit.

Jaroslava Dosedlová Terapie tancem Role tance v dějinách lidstva a v současné psychoterapii



Rozsah: 184 stran
Cena: 269 Kč
ISBN: 978-80-
-247-3711-9
Vydavatel: Grada

Kdy a proč člověk začal tančit? Jakou roli měl tanec v historii lidstva a jakou má dnes? Má léčivé účinky? Čím je vymezena taneční terapie a její soudobé proudy? Jaké terapeutické faktory jsou společné pro taneční terapii a další somaticky orientované terapeutické směry? Autorka se v úvodu věnuje společenské roli tance a tanečních rituálů od pravěku až po novověk, dále představuje vybrané formy a techniky taneční terapie včetně jejich teoretického zářezí a hledá styčné body mezi tanečně-pohybovou terapií a jinými terapeutickými směry. V závěru zasazuje tanečně-pohybovou terapii do systému psychoterapeutických směrů, které využívají k léčbě umění.

Inzerce A121010478

MEDICAL SERVICES



Napsali jste knihu? My vám ji vydáme!



Profesionální partner pro vydávání zdravotnické literatury

Kontaktujte nás e-mailem: knihy@mf.cz

mf
MLADÁ FRONTA

Zajímavé www stránky

– Parkinsonova nemoc z pohledu pacientů

Parkinsonova nemoc patří mezi nejčastější předměty zájmu odborné neurologické veřejnosti po celém světě. Toto neurodegenerativní onemocnění postihuje převážně pacienty starší padesáti let, ale ani mladší nemocní nejsou zcela raritní. Ačkoli se jedná o progresivní a postupem času invalidizující onemocnění, úroveň současné terapie dává nemocným šanci prožít kvalitní život i s Parkinsonovou nemocí. Pojďme se podívat na některé weby, které se problematice parkinsonismu v Česku i v zahraničí věnují.

European Parkinson's Disease Association

www.epda.eu.com/en

The European Parkinson's Disease Association (EPDA) je evropskou organizací pro pacienty s Parkinsonovou nemocí. Byla založena před dvaceti lety, v současné době zastřešuje čtyřicet pět národních členských or-

ganizací a má ambici být kvalitním zdrojem informací pro zhruba 1,2 milionu pacientů s parkinsonismem i jejich blízké. Hlavním mottem organizace je pomoci při zkvalitňování péče o nemocné, jejichž počet strmě narůstá, což s sebou kromě jiného přináší také drtivý ekonomický dopad. Navíc lze v dalších letech očekávat spíše progresi výše ekonomických nákladů. Samozřejmě potěší fakt, že členskou zemí EPDA je i Česká republika, konkrétně pak Společnost Parkinson, kterou si představíme v dalším odkazu. Obsah webu EPDA tvoří převážně logicky seřazené informace a články o charakteru onemocnění, jeho složité diagnostice a mnohdy ještě složitější léčbě. Text je doplněn o příběhy samotných pacientů. Zajímavou součástí webu jsou informace o možnostech paliativní péče o nemocné s Parkinsonovou nemocí v terminálním stadiu choroby.



Společnost Parkinson

<http://parkinson-cz.net>

Jak je uvedeno na webových stránkách, hlavním posláním společnosti je zlepšovat kvalitu života nemocných s Parkinsonovou nemocí a jejich rodin. Učí pacienty sít se s touto progresující nemocí a bojovat s ní. Prosazuje dostupnost všestranné péče pro všechny nemocné. Na webu je kromě mnoha jiných informací ke stažení například i pravidelně vydávaný časopis, který kromě řady doporučení cílených na pacienty zveřejňuje rovněž odborné články primárně pro lékaře.



na podrobném popisu choroby, všech jejích symptomů a terapeutických souvislostí.

World Parkinson Disease Association

www.wpda.org

Nepřekvapí, že cílem asociace je podpora nemocných s Parkinsono-

vou nemocí. Na webu se pravidelně objevují aktuální novinky z výzkumných center či pozvánky na kongresy a další vzdělávací akce. V samostatné sekci webu společnost informuje o programu, který mapuje život pacientů s parkinsonismem v subsaharské Africe.

MUDr. Michal Peříšek



The Michael J. Fox Foundation for Parkinson's Research

www.michaeljfox.org

Jedním z nejznámějších pacientů s Parkinsonovou nemocí je americký herec Michael J. Fox. Založil nadaci, která intenzivně podporuje výzkum choroby s cílem získat nové a lepší léky. Sám Fox patří k minoritě pacientů, kteří onemocněli v mladším věku, Foxovi byla diagnóza stanovena již v neuvěřitelných třiceti letech. Na webu se dočteme například o jeho osobních zkušenostech s nemocí. Podstatná část internetové prezentace je však věnová-



MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

číslo 17/2012

Šéfredaktorka

Mgr. Markéta Mikšová
tel. 225 276 295, e-mail: miksova@mf.cz

Redakce

Petra Klusáková, DiS. (Z domova)
tel. 225 276 388, e-mail: klusakova@mf.cz
Filip Kút Citores, DiS (on-line, Z domova)
tel. 225 276 176, e-mail: kut@mf.cz
Květa Havlová, DiS. (Ze zahraničí, Farmabyznys, on-line), tel. 225 276 208, e-mail: havlova@mf.cz
Mgr. Martin Cermák (Představujeme), tel. 225 276 436, e-mail: cernak@mf.cz
PhDr. Jana Jilková (Ze společnosti, rozhovory)
tel. 225 276 432, e-mail: jilkova@mf.cz
PaedDr. Jaroslava Sladká (Lékařské listy)
tel. 225 276 162, e-mail: sladka@mf.cz
MUDr. Andrea Skálová (Lékařské listy)
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mf.cz

Stálí spolupracovníci redakce

Leoš Chodura, Mgr. Martin Caban,
Bc. Irena Soukupová, David Daniel,
Eva Pavlatová, MUDr. Milan Novák,
prof. Ing. Jaroslav Petr, DrSc.

Editor/korektor

Mgr. Martin Cermák

Grafika a technické zpracování

Pavla Jilková
tel. 225 276 455, e-mail: jilkovap@mf.cz

Redakční rada Lékařských listů ZDN

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)
prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA
prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.
MUDr. Ivan David, CSc.
doc. MUDr. Petr Hach, CSc.
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
MUDr. Radkin Honzák, CSc.
doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.
prof. MUDr. Miloslav Kršiák, DrSc.
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA
prof. MUDr. Zdeněk Malý, CSc.
prof. Ing. Rudolf Poledný, CSc.
prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.
prof. MUDr. Marek Trnávský, CSc.
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtíšková

INZERCE

fax 225 276 444

group sales manager

Jiří Pánek
tel. 725 729 879
e-mail: panekj@mf.cz

personální inzerce

Jiřina Hollá
tel. 724 561 805
e-mail: holla@mf.cz



generální reditel

Ing. David Hurta

kreativní reditel

René Decastelo

ředitel divize

Medical Services

MUDr. Martin Hofman

art director

Petr Honzátko

DTP

retuš Milan Kubička, Lenka Horáková,
Libor Horyna, Michal Žák

MARKETING

ředitelka marketingu novin
a časopisů Hana Holková
brand manager Kristýna Dytrychová

DISTRIBUCE

vedoucí distribuce Soňa Štarhová
manažerka předplatného Jana Horáková,
tel. 225 276 317, e-mail: horakova@mf.cz

VÝROBA

vedoucí výroby Kateřina Piškulová
Monika Šnaidrová, Renáta Cermáková,
Michaela Mrázová

Vydává Mladá fronta a. s.,
sidlo: Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4
IČ: 49240315, www.mf.cz
adresa redakce:

Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN,
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222,
e-mail: zdn@mf.cz

DISTRIBUCE TITULU

Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:
Postservis, Poděbradská 39, 190 00 Praha 9
tel. 800 300 302,
e-mail: predplatne.mf@cpost.cz
www.periodik.cz

Objednávky do zahraničí:
Mediaservis, s. r. o., zákaznické centrum,
Videnská 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
Vajnorská 137, 830 00 Bratislava 3
tel. +421 244 458 821, fax +421 244 458 819
e-mail: predplatne@abompkapa.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.

Tisk EUOPRINT a. s.
Číslo dáno do tisku 27. 8. 2012

Přetisk a jakékoli šíření
pouze se souhlasem vydavatele.
Tiskový náklad je auditován
firmou Deloitte Audit, s. r. o.

© Mladá fronta a. s., 2012
Evidenční číslo MK ČR: E 20524
ISSN 1805-2355

Výběrová řízení

Lékař/lékařka

SURGAL CLINIC, S. R. O.,
SE SÍDLEM DROBNÉHO
38-40, 602 00 BRNO,
vyhlašuje výběrové
řízení na pozici:

■ Lékař/lékařka - radiolog

Požadujeme:

- VŠ vzdělání lékařského směru,
- atestaci v oboru radiodiagnostika,
- trestní bezúhonnost,
- samostatnost, loajalitu, iniciativu,
- nadstandardní přístup k pacientům/plnění pracovních povinností,
- zkušenosti s RTG, UZ, CT,
- znalost AJ/NJ výhodou

Nabízíme:

- zázemí špičkové kliniky,
- práci ve vysoce moderním oddělení zobrazovacích metod (digitální RTG, plně vybavený špičkový UZ, 64 MDCT, 1,5T MR, bezfilmové prostředí),
- nadstandardní finanční ohodnocení,
- 5 týdnů dovolené,

- příspěvek na vzdělávání,
- závodní stravování,
- práci v centru Brna, další výhody.

Nástup od 1. 10. 2012, případně dle dohody.

Kontakt: e-mail: kristek@surgalclinic.cz

ZDN A121010367

Volná místa

Lékař

SVITAVSKÁ NEMOCNICE, A. S., přijme na chirurgické oddělení lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru. Atestace z traumatologie vítána.

Možnost získání služebního bytu, dobré platové podmínky.

Bližší informace:

MUDr. Víšek, tel.: 461 569 323, e-mail: visek@nemsy.cz
Písemné nabídky doplněné profesním životopisem zasílejte na adresu: Svitavská nemocnice, a. s., ředitelství, Kollárova 643/7, 568 25 Svitavy.

ZDN A121010407

Lékař - ARO

LITOMYŠLSKÁ

NEMOCNICE, A. S., přijme pro oddělení ARO lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru nebo po ukončení základního kmene, popřípadě i absolventa LF.

Nástup možný ihned nebo dle dohody.

V případě zájmu kontaktujte primáře oddělení MUDr. Bónu, e-mail: juraj.bona@litnem.cz

ZDN A121010374

Lékař/lékařka

NĚSTÁTNÍ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ V KLDNĚ přijme lékaře/ku do DIA ambulance.

Bližší informace:

paní Tesařová, tel.: 312 619 126, mobil: 774 609 195.

ZDN A121010386

Lékař/lékařka

NĚSTÁTNÍ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ V KLDNĚ přijme lékaře/ku na RHB oddělení.

Bližší informace:

paní Tesařová, tel.: 312 619 126, mobil: 774 609 195.

ZDN A121010378

Rehabilitační lékař

MĚLNICKÁ ZDRAVOTNÍ, A. S., NEMOCNICE MĚLNÍK, REHABILITAČNÍ ODDĚLENÍ, přijme rehabilitačního lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru.

Nabízíme:

- práci na dobu neurčitou,
 - úvazek 1,0,
 - dobré pracovní podmínky,
 - odpovídající finanční ohodnocení,
 - penzijní připojištění,
 - možnost dalšího vzdělání.
- Datum nástupu dle dohody.

Kontakt: MUDr. Jana Hůlková, primářka rehabilitačního oddělení, tel.: 315 639 166, 603 880 440, e-mail: jana.hulkova@nemocnicemelnik.cz


ZDN A121010398

Primář

NEMOCNICE NOVÝ JIČÍN, A. S., NOVÝ JIČÍN, PURKYŇOVA 2138/16, 741 01, Přijme primáře LDN Nemocnice Nový Jičín, a. s., pracoviště Vítkov.

Požadujeme:

- ukončené VŠ vzdělání,



Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje

vyhlašuje výběrové řízení na obsazení funkce:

Ekonomický náměstek/náměstkyně ZZS Jčk

a) Základní kvalifikační požadavky pro výše uvedenou funkci:

- Vysokoškolské vzdělání ekonomického směru
- 10 let praxe v oboru
- Zkušenosti v řídicí funkci

b) Další znalosti, dovednosti a předpoklady pro výkon výše uvedené funkce:

- Předchozí zkušenosti v oblasti zdravotnictví nebo rozpočtové sféry výhodou
- Schopnost implementace obecně platných právních norem do prostředí organizace
- Schopnost vedení širšího kolektivu
- Výborná znalost práce s výpočetní technikou (MS Office, Outlook, Internet)
- Dobré komunikační schopnosti
- Flexibilita, samostatnost, rozhodnost
- Řídicí průkaz sk. B
- Aktivní znalost AJ nebo NJ výhodou

c) Příhlaška musí obsahovat:

- Strukturovaný životopis s údaji o dosavadních zaměstnáních a odborných znalostech a dovednostech
- Ověřená kopie dokladu o nejvyšším dosaženém vzdělání
- Další doklady, které se týkají odborné způsobilosti
- Výpis z evidence Rejstříků trestů ne starší 3 měsíců – original, případně ověřená kopie
- Souhlas s nakládáním s poskytnutými osobními údaji pro účely výběrového řízení, ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů
- Kontaktní adresu s telefonním číslem, příp. s e-mailovou adresou

d) Adresa, na kterou se přihláška doručuje a termín podání přihlášky:

- Přihlášku s požadovanými údaji doručte osobně, popř. zašlete tak, aby byla doručena nejpozději do 10. 9. 2012 v zalepené obálce s označením:

„VÝBĚROVÉ ŘÍZENÍ – EKONOMICKÝ NÁMĚSTEK ZZS JČK – NEOTVÍRAT“

na adresu:

Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje
MUDr. Marek Slabý
ředitel organizace
B. Němcové 1931/6
370 01 České Budějovice

podrobnější informace podá:
MUDr. Marek Slabý, ředitel organizace
tel. 387 762 115, 606 737 567
e-mail: slabym@zsjck.cz

Inzerce A121010250

- odbornou způsobilost dle zákona č. 95/2004 (atestace II. stupně z vnitřního lékařství nebo atestace z gerontologie a geriatry),
- praxi v oboru minimálně 7 let,
- práce na podobném místě výhodou,
- schopnost aktivního, samostatného jednání,
- vstřícné chování a vystupování,
- pracovitost, spolehlivost a odpovědnost.

- pracovní poměr na plný úvazek,
- možnost pracovního poměru na dobu neurčitou.

Platové podmínky:

- nadstandardní,
- dohodou, individuální přístup.

Benefity:

- týden dovolené navíc,
- příspěvek na stravování.

Termín nástupu: dle dohody.

Své životopisy se žádostí o pracovní místo zasílejte na níže uvedenou e-mailovou adresu.

Kontakt: JUDr. Jana Brzůsková, e-mail: jana.brzuskova@agej.cz

ZDN A121010392



Prodej budovy nemocnice

Město Kralupy nad Vltavou nabízí k prodeji obálkovou metodou nemovitosti tvořící areál kralupské nemocnice.

Minimální kupní cena je 40 milionů Kč. K prohlídce objektu včetně areálu dojde 17. 9. 2012 od 14.00 do 16.00 hodin. Zájemci o nemovitost musejí složit na účet Městského úřadu Kralupy nad Vltavou kauci ve výši 4 miliony Kč. Podmínky prodeje jsou následující: kupující se zaváže provozovat min. 20 let zdravotnické a soc. zařízení; zhodnocení nemovitostí ve výši 10 milionů Kč do 84 měsíců; předkupní právo města Kralupy nad Vltavou a další.

Své finanční nabídky zájemci mohou podat nejpozději do 14. 11. 2012 do 12.00 hodin.

Kontaktní osoby: Ing. Marek Czechmann, tel. 315 739 878, Helena Lesáková, tel. 315 739 806.

Bližší informace najdete na www.mestokralupy.cz

Inzerce A121010252

Lékař/lékařka

MĚSTSKÁ NEMOCNICE, A. S., DVŮR KRÁLOVÉ NAD LABEM přijme do pracovního poměru:

■ **lékařku/lékaře na: interní oddělení, oddělení RDC a nelůžkové ARO**

Požadavky:

- vítaná atestace nebo odborná způsobilost v oboru,
- upřednostňujeme zájemce s praxí,
- požadujeme trestní a morální bezúhonnost.

Nabízíme:

- možnost dalšího vzdělávání a profesního růstu,
- závodní stavování,
- příspěvek na penzijní připojištění,
- 25 dní dovolené,
- náborový příspěvek,
- zajištění ubytování.

Kontaktní adresa: Městská nemocnice, a. s., personální oddělení, Vrchlického 1504, 544 01 Dvůr Králové nad Labem, e-mail: subrtova@mndk.cz, tel.: 499 300 611.

ZDN A121010269

Lékař/lékařka

THOMAYEROVA NEMOCNICE, VÍDEŇSKÁ 800, 140 55 PRAHA 4 – KRČ, přijme lékaře/lékařku pro Klinikou dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a TN.

Požadujeme:

- odbornou a zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost podle zákona č. 95/2004 Sb.,
- ukončený společný chirurgický kmen výhodou.

Nabízíme:

- zajímavou práci,
- možnost celoživotního vzdělávání,
- odpovídající platové podmínky,
- zaměstnanecké benefity.

Nástup dle dohody.

Přihlášky včetně životopisu, potvrzení o odborné a zdravotní způsobilosti a výpisu z rejstříku trestů zasílejte na výše uvedenou adresu k rukám přednosty kliniky prof. MUDr. Petra Havránka, CSC.

Kontakt:
e-mail: petr.havranek@ftn.cz

ZDN A121010263

Lékaři do Německa

NĚMECKÁ PERSONÁLNÍ AGENTURA MEDBÖRSE GMBH nabízí českým lékařům bezplatné zprostředkování atraktivních pracovních míst v nemocnicích a soukromých ambulancích v Německu.

Aktuálně je zájem o:

- anesteziology
- chirurgy
- internisty
- neurology
- oftalmology

V sobotu 8. 9. 2012 se bude konat XIII. mezinárodní setkání v Praze spojené s pohovory.

V případě zájmu nás prosím kontaktujte na e-mailové adrese: info@medboerse.sk. Medböerse GmbH & Co. KG, Research & Recruiting Services, Europasstrasse 3, D - 35394, Gießen, www.medboerse.cz.

ZDN A121010288

Gynekolog

NESTÁTNÍ AMBULANTNÍ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ V PRAZE přijme gynekologa.

Požadujeme:

- odbornou/specializovanou způsobilost v oboru gynekologie a porodnictví,
- užitelskou znalost PC,
- klientský přístup k pacientům,
- aktivní znalost angličtiny vítána, není podmínkou,

Nabízíme:

- příjemné pracovní prostředí,
- zázemí stabilní nadnárodní společnosti,
- možnost dalšího vzdělávání,
- zajímavé platové ohodnocení,
- mobilní telefon,
- 5 týdnů dovolené,
- další firemní benefity.

Nabídky včetně profesního životopisu zasílejte na e-mailovou adresu: klara.gottwaldova@medicover.cz

ZDN A121010402

Lékařka/lékař

SOUKROMÉ ODDĚLENÍ NUKLEÁRNÍ MEDICÍNY V PRAZE přijme schopnou, komunikativní, samostatnou a kreativní lékařku/lékaře na plný úvazek s ukončeným interním či radiologickým

kmenem a zájmem o specializaci v oboru nukleární medicíny, popřípadě již přímo se specializovanou způsobilostí.

Nabízíme:

- zajímavou práci,
- flexibilní přístup,
- příjemný tým i prostředí,
- špičkové technické zázemí,
- dobrý plat, podporu vzdělávání.

Kontakt:

MUDr. Irena Maříková,
tel.: 266 006 261,
e-mail: marikova@nuklearmedicina.cz

ZDN A121010258

Lékař/lékařka

STÁTNÍ LÉČEBNÉ LÁZNĚ JANSKÉ LÁZNĚ, STÁTNÍ PODNIK, NÁMĚSTÍ SVOBODY 272, 542 25 JANSKÉ LÁZNĚ přijmou:

■ **Lékaře/lékařku pro dětskou léčebnu v Janských Lázních**

Vhodné i pro důchodce.

Požadujeme:

- ukončené studium lékařského směru,
- specializaci v oboru RFM, dětské lékařství nebo dětská neurologie,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost podle zákona č. 95/2004 Sb.

Nabízíme:

- možnost kratšího úvazku,
- nadstandardní mzdu,
- služební telefon,
- byt do 3 měsíců od nástupu.

Nástup možný ihned, případně dle dohody – nutné osobní jednání.

Písemné přihlášky spolu se stručným životopisem se zaměřením na dosavadní odbornou praxi, fotokopie dokladů o dosažení kvalifikaci (diplom, specializace), fotokopii dokladu o bezúhonnosti a zdravotní způsobilosti nebo čestné prohlášení o trestní bezúhonnosti zasílejte na adresu: Státní léčebné lázně Janské Lázně, s. p., personální ref., náměstí Svobody 272, 542 25 Janské Lázně, ČR, nebo e-mailem: cervenao@janskkelazne.com

ZDN A121009778

PERSONÁLNÍ INZERCE



PERSONÁLNÍ INZERCE

je přijímána na adrese:

Zdravotnické noviny
Mladá fronta a. s., Mezi Vodami 1952/9
143 00 Praha 4 – Modřany
e-mail: personalni.inzerce@mf.cz



Neustále zlepšujeme kvalitu a dostupnost zdravotní péče při zachování osobního přístupu ve všem, co děláme.

Nemocnice poskytují komplexní zdravotní péči v těchto základních oborech: chirurgie, JIP, interna, urologie a LNP, provozuje ambulance: chirurgickou, gastroenterologickou, interní, urologickou, neurologickou, léčby bolesti a komplementu – **sono**, CT, **rtg** a oddělení klinické biochemie a hematologie.

Nemocnice přijme do pracovního poměru

LÉKAŘE/LÉKAŘKY NA CHIRURGICKÉ, INTERNÍ a UROLOGICKÉ ODDĚLENÍ

Požadujeme:

- specializovanou způsobilost v oboru
- profesionální přístup k plnění úkolů, iniciativu, organizační dovednosti
- morální a občanskou bezúhonnost
- schopnost samostatného rozhodování

Nabízíme:

- zázemí silné a stabilní společnosti
- odporu dalšího a celoživotního vzdělávání
- týden dovolené navíc
- byt v Mariánských Lázních
- **vysoce nadstandardní příjem**

Pokud Vás naše nabídka zaujala, neváhejte zaslat svůj strukturovaný životopis, případně doklady o odborné praxi na e-mailovou adresu: mzdy@mnml.cz nebo kontaktujte personální oddělení Nemocnice Mariánské Lázně s. r. o., Tepelská 752/22, Mariánské Lázně, tel. 354 624 000, 354 625 117, fax 354624540, <http://www.mnml.cz>

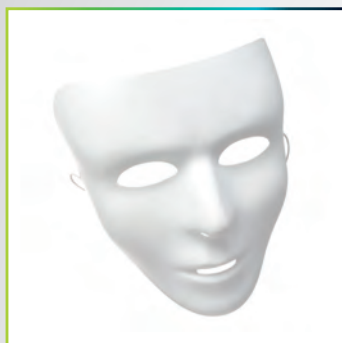


MODEL OBLIČEJE DO 7 MINUT



/skenovani3D

vč. **barvy** a **textury**



POPÁLENINOVÁ MEDICÍNA
bezkontaktní sken popáleného místa



ORTOPEDIE A PROTETIKA
dokonale přizpůsobená protéza



PLASTICKÁ CHIRURGIE
simulace výsledného stavu



ruční 3D skener Artec EVA



**mobilní použití
bezlaserová technologie
bez referenčních značek**



www.skenovani3D.cz

www.abbas.cz

abbas

Distribuce / ABBAS, a.s.

BRNO / Edisonova 5, 612 00 Brno / T +420 541 240 956 / F +420 541 240 955 / M +420 602 777 999 / abbas@abbas.cz
PRAHA / Nad strouhou 6, 147 00 Praha / T +420 221 416 811 / F +420 221 416 888 / M +420 602 777 000 / praha@abbas.cz
OSTRAVA / Slévárenská 16, 709 00 Ostrava / T +420 596 611 984 / F +420 596 612 059 / M +420 602 777 222 / ostrava@abbas.cz