



# ZDRAVOTNICKÉ NOVINY



CENA 28 Kč, PŘEDPLATNÉ 23 Kč

ČTRNÁCTIDENÍK PRO ODBORNÍKY  
VE ZDRAVOTNICTVÍ A FARMACII

21/2012 Toto číslo vyšlo 22. 10. 2012



## TÉMA ČÍSLA

Hospicová péče  
– standard, nebo luxus?  
Mobilní hospicová péče  
je v ČR značně imobilní

STRANA 24



## ZAJÍMAVÉ PRACOVISTĚ

Když učení pomáhá léčit  
Základní škola  
při DPL Opařany

STRANA 28



## LÉKAŘSKÉ LISTY

9/2012 – Gastroenterologie  
Naleznete jako přílohu  
v tomto čísle



**Prof. Jiří Raboch:**  
V roce 2030 budou  
duševní poruchy  
nejčastějším  
zdravotním  
onemocněním.

(viz str. 5)

Foto: Leoš Chodura

## Hospodaření pojišťoven se propadlo do deficitu

Hospodaření všech zdravotních pojišťoven se loni poprvé od roku 2008 ocitlo v červených číslech. Největší propad zaznamenala VZP, která již dočerpává i své bohaté rezervy. Leoš Heger (TOP 09) proto začíná hrozit změnou ve vedení pojišťovny – ta se prý nachází v rozkladu.

Ačkoli celkové příjmy systému veřejného zdravotního pojištění meziročně vzrostly o 2,2%, na více než 220 miliard, celkové výdaje tuto sumu přesáhly přibližně o 5 miliard korun. Podle zprávy o vývoji hospodaření systému v roce 2011 činily jen výdaje za zdravotní péči 217,653 miliardy korun, což znamená meziroční růst nákladů o 1,5%. Ke konci minulého roku se na účtech zdravotních pojišťoven nacházelo zhruba 15 miliard korun, ovšem s meziročním poklesem té-

měř 10 miliard. Jen VZP vydala z rezerv na pokrytí svých ztrát skoro o 4 miliardy více než v předšlém roce. Její finanční situaci tak příliš nevyřešilo ani přerozdělení, kdy zaměstnanecké pojišťovny musely část svých vlastních rezerv přesunout na účty VZP. Celkový propad pojišťovny předčil její vlastní predikce o bezmála 2 miliardy korun a do konce tohoto roku by mohla být zcela bez rezerv.

VZP dosud nedopltila nemocnicím část peněz za péči poskytnu-

tu v loňském roce a z vyjádření představitelů VZP i ministerstva je zřejmé, že situace by mohla být ještě horší. Otázkou zůstává, jak se systém veřejného zdravotního pojištění do problémů dostal a jak je možné nastalou situaci řešit. Zatímco jedni spatřují příčiny v samotném nastavení systému a žádají hlubší legislativní změny, druzí poukazují především na chyby ve způsobu vedení největší zdravotní pojišťovny.

(pokračování na straně 2)

## Odboráři spouštějí alarm, o nemocnicích se musí jednat

Po volbách začaly odbory tlačit na uskutečnění mimořádného jednání tripartity, kde by se prioritně řešila budoucnost českých nemocnic od 1. ledna 2013. Nemocnice totiž ani necelé tři měsíce před koncem roku nemají smlouvy se zdravotními pojišťovnami.

Podle vedení Českomoravského odborového svazu (ČMKOS) dosud není jasné, jak bude po Novém roce vypadat síť nemocnic, kterou se ministerstvo zdravotnictví rozhodlo restrukturalizovat. Avizovalo zánik tisíců akutních lůžek, což by mohlo vést i k zavírání některých oddělení či celých men-

ších nemocnic. O citlivém tématu MZ nechtělo v rámci tripartity jednat před volbami.

Avizovaná restrukturalizace by měla být realizována také skrze novou smluvní politiku zdravotních pojišťoven. Neexistenci a otálení s uzavíráním smluv trvale kritizují i Asociace českých

a moravských nemocnic (AČMN), Svaz pacientů ČR a Národní rada osob se zdravotním postižením.

(pokračování na straně 2)





# Horák vs. Heger: **Válka bez vítězů**

Leoš Heger dostal od svého šéfa těžké domácí úkoly. Jejich zadání je v podstatě pokrytecké.

Hlavním problémem zdravotnictví začíná být válka mezi VZP, reprezentovanou ředitelem Pavlem Horákem a správní radou, na jedné straně a ministerstvem zdravotnictví v čele s Leošem Hegeřem na straně druhé.



Martin Čaban

Je to konflikt, který si v propletenosti různých politických a ekonomických zájmů nezadá dejme tomu se situací na Blízkém východě, ale rozhodně je v zájmu českého zdravotnictví, aby se netáhl podobně dlouho.

## Nesplnitelné zadání

Zdravotním pojišťovněm – a VZP zvláště – opět po čase docházejí peníze. Ministr Heger proto dostal od premiéra Petra Nečase za úkol vypracovat návrhy, které by

finanční situaci pojišťoven zlepšily. Ministrův poznámkový blok k dispozici nemáme, ale není těžké si představit, jak si do něj tento domácí úkol během pár minut vypracoval, přinejmenším pokud jde o příjmovou stranu zdravotního pojištění.

Možných opatření, která nevyžadují složité legislativní změny, je v tomto případě pár a ministr si k nim mohl rovnou připsat jejich následky. První část domácího úkolu na téma „jak přidat peníze do systému zdravotního pojištění“ musela vypadat asi takto:

**1. Zvýšit platby za „státní pojištění“** – zaškrtní mě Kalousek, protože to jsou peníze ze státního rozpočtu, jehož deficit je posvátnou kráovou.

**2. Zvýšit odvody zaměstnavatelů, případně OSVČ** – zaškrtní mě Nečas ruku v ruce s „rebely“ v ODS, protože to je zvyšování nákladů práce a zhoršování podnikatelského prostředí, za což se, zvláště v krizi, staví bez soudu ke zdi; vlády se hrouťí kvůli větším prkotinám.

**3. Zvýšit odvody zaměstnanců** – zaškrtní mě Nečas ruku v ruce s „rebely“ v ODS, odboráři a voliči, protože to je *de facto* zvyšování daní, a tedy, zvláště v krizi, ideologický i sociální zločin.

**4. Snížit úhrady za péči** – zaškrtní mě lékařské odbory ruku v ruce s lékařskou komorou a managementy nemocnic těsně předtím, než lékaři sami zemřou hladu.

## Vláda držaná pod krkem

Zdá se tedy, že přes zvyšování příjmů systému zdravotního pojiště-

ní žádná politicky průchodná cesta nevede. To není dobrá zpráva pro zdravotní pojišťovny, zejména VZP, jejíž manko je nejnápadnější. Je evidentní, že vláda začne hledáním rezerv v jejich provozu a smlouvách. Jak ostatně pravil ministr financí Miroslav Kalousek: „Řešit deficit ve VZP ještě neznamená automaticky říkat, že se tam budou zvyšovat příjmy.“

Jenže v tom je jádro pudla. Aby stát mohl hledat rezervy uvnitř VZP, musel by v jejím čele sedět někdo, kdo je ochoten k alespoň elementární spolupráci. Namísto toho v posledních týdnech létají mezi Horákem a Hegeřem jen ostrá kritická slova. Kdyby šlo jen o Pavla Horáka, mohla by vláda vyřešit problém lusknutím prstů. Jenže výměna ředitele v současné konstelaci znamená výměnu správní rady. Vzhledem k Horá-

kovým selháním (vyúčtování za loňský rok, informační systém, hospodaření, IZIP) je to absurdní, ale je to tak. A výměnu správní rady zase dlouhodobě blokuje premiér Nečas, protože v ní sedí vlivní členové ODS. A z nich se nyní navíc stali takzvaní „rebelové“, kteří drží Nečasovu vládu pod krkem. Premiér s nimi musí opatrně vyjednávat o procentních bodících sazby DPH, chce-li si udržet alespoň matnou naději, že zůstane premiérem. Pokud by je vyhodil z teplých křesel ve správní radě, vyjednávací pozici by si moc nevylepšil.

Nečasův tlak na Hegera, aby přišel s nějakými nápady, je tak celkem pokrytecký, protože bez spolupracující správní rady a managementu je jakákoli snaha o hledání úspor či změnu poměrů ve VZP marná. Jsou prostě domácí úkoly, u nichž je lepší se vymluvit na to, že je sežral pes.

Inzerce A121009300

 **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 spořicí účet 1x ročně

[www.artesa.cz](http://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

# Posílí úhrady centrové léčby roztroušené sklerózy

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) upozorňuje, že na léčbu pacientů s roztroušenou sklerózou (RS) vynakládá stále více peněz. Po analýze RS center se rozhodla navýšit počty pacientů na čekacích listinách i úhrady na miliardu korun. Přesto v Česku existují pacienti, za které VZP léčbu tohoto onemocnění nehradí.

„V roce 2011 byly celkové náklady na léčbu o cca 44 procent vyšší než v roce 2007 a léčeno bylo téměř o 70 procent více pojištěnců. Úhrada za léčivé přípravky podávané pro diagnózu roztroušená skleróza v centrech se zvláštní smlouvou v loňském roce činila 980 milionů,“ uvedl mluvčí VZP Jiří Rod.

„Roztroušená skleróza je skutečně velmi závažné onemocnění mladých lidí vedoucí k invaliditě, kterou lze v pozdních stadiích onemocnění vyčísřit v ČR na 700 tisíc korun za rok. Proto je léčba oddalující tuto invaliditu farmakoeconomicky odůvodněná a pro společnost výhodná,“ sdělila členka výboru České neurologické společnosti ČLS JEP profesorka Eva Havrdová.

## Za úhradové podmínky VZP nezodpovídá

Pojišťovna byla od počátku roku 2012 častým terčem mediálních diskusí, což iniciovalo revize v centrech RS, jejíž zaměstnanci činnost VZP kritizovali. „Kvůli vysoké ceně této léčby je zcela zásadní, aby byla při použití kon-

krétních léčivých přípravků dodržena předepsaná pravidla pro jejich úhradu z prostředků veřejného zdravotního pojištění,“ říká Jiří Rod. VZP v tomto ohledu využívá své zákonné možnosti (dle zákona o veřejném zdravotním pojištění) kontrolovat „využívání a poskytování zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění v jejím objemu a kvalitě včetně dodržování cen u smluvních zdravotnických zařízení a pojištěnců“. „Pokud kontrola prokáže, že pojištěnci byl předepsán léčivý přípravek v rozporu s podmínkami stanovenými pro úhradu, má pojišťovna právo na zpětnou úhradu zaplacené částky zdravotnickým zařízením, kde byl léčivý přípravek předepsán. Podmínky pro úhradu konkrétního léčivého přípravku z veřejného zdravotního pojištění jsou stanoveny Státním ústavem pro kontrolu léčiv, nikoli VZP ČR,“ ohrazuje se mluvčí.

Podle profesorky Havrdové VZP odmítá úhradu desítkám závažně nemocných pacientů. A to i takovým, kteří se narodili po roce 1990, nebo těm, u nichž léč-

ba vedla k návratu z invalidního důchodu do zaměstnání. „Na probíhající revize v RS centrech, které VZP provádí, má pojišťovna samozřejmě ze zákona nárok. Bohužel pacienti nestonají podle vyhlášek a pravidel pro úhradu. Proto by bylo záhodno, kdyby u sporných případů, kterým VZP nadále odmítá úhradu, mohly pojišťovny a odborníci zasednout k jednání a v klidu vysvětlit důvody, které k rozhodnutí o léčbě vedly. Vedoucí všech 15 RS center v ČR jsou medicínsky dostatečně zdatní, aby byli schopni důvody obhájit,“ vybízí neuroložka.

## Úhradová vyhláška v rozporu s SPC

Jak ale Eva Havrdová potvrzuje, léčba se všem pacientům nedostává. „Je to především proto, že nejsou dodržována SPC přípravků biologické léčby ani mezinárodní *guidelines*. V tomto ohledu se situace nezměnila od roku 1996, kdy byla biologická léčba zavedena. Pro úhradu v ČR nejsou právně závazné bohužel ani Standardy odborných společností, vytvoře-

né na základě medicíny založené na důkazech,“ upozorňuje odbornice a cituje z SPC interferonu beta, který je určen k léčbě „pacientů s diagnózou relabující *sclerosis multiplex* – roztroušenou sklerózou (RS). V klinických studiích to bylo charakterizováno jako dvě nebo více akutních exacerbací (relapsů) v průběhu předchozích 3 let bez známek další progresse mezi relapsy. Avonex zpomaluje progresi invalidizace a snižuje frekvenci relapsů.“

Profesorka Havrdová připomíná, že od roku 1996 smí léčit jen pacienti se 2 atakami za rok nebo 3 atakami za 2 roky. „Naši pacienti tedy musejí mít 2–3krát aktivnější chorobu, aby dostali léčbu. Ti s aktivitou dle SPC se k léčbě nemají šanci dostat. Vyrábíme tedy cíleně invalidy. Navíc nikde v SPC není uvedeno, že tyto ataky musely být léčeny kortikoidy. V úhradové vyhlášce stojí „dva dokumentované a léčené relapsy za 1 rok nebo 3 relapsy za poslední 2 roky“. Neléčit relaps je *non lege artis*, leč potrestán je pacient, který kvůli tomu nebude mít uhrazenou léčbu. Eventuálně je potrestáno zdravotnické zařízení, které mu léčbu správně poskytl, nikdo mu ji však neuhradí,“ říká vedoucí Centra pro demyelinizační onemocnění při Neurologické klinice 1. LF UK a VFN v Praze.

Dále poukazuje na obdobný rozpor u SPC natalizumabu. „Tito pacienti mohou být definováni jako ti, u kterých nebylo dosaženo odpovědi na léčbu interferonem beta poté, co podstoupili celý a odpovídající léčebný cyklus (obvykle alespoň jeden rok léčby). Tito pacienti by podle definice měli mít v předchozím roce během léčby nejméně jeden relaps. Oproti tomu úhradová vyhláška uvádí, že Tysabri indikuje neurolog pacientům s remitující-relabující formou roztroušené sklerózy, u kterých navzdory léčbě pomocí IFN-beta a nebo glatiramer acetátu nedošlo k po-



Profesorka Eva Havrdová.

| Foto: Leoš Chodura

klestu počtu relapsů pod 2 ataky ročně nebo 3 ataky za 2 roky. Tedy opět český pacient musí mít dvojnásobnou aktivitu nemoci. Respektive musí čekat na další relaps, i když v zahraničí by už účinnější léčbu dostal.“

Dopadem takového stavu je stále více invalidních pacientů. Data registru TOP, který je sleduje, jednoznačně ukazují, že v Česku se oproti ostatním zemím zahajuje léčba natalizumabem pozdě, což vede k horšímu efektu léčby.

## Léčba za miliardu

VZP došla na základě kontroly jednotlivých zdravotnických zařízení, která RS léčí, k závěru, že počty pacientů i celkové úhrady za léčbu RS navýší. Již v létě letošního roku proběhlo jednání mezi zástupci pojišťoven a center. „Ze strany poskytovatelů zdravotních služeb bylo garantováno navýšení počtu pacientů léčených v diagnostické skupině roztroušená skleróza v roce 2012 o 633 – na celkový počet 4763 nemocných. VZP garantuje navýšení úhrad o 42 700 000 na celkovou částku 1 086 243 691 Kč,“ doplnil mluvčí Rod.

Takové rozhodnutí neurologové vítají. „Kromě zvýšené kvality života pacientů povede léčba většího počtu pacientů k reálné úspoře prostředků společnosti, jež by bylo v budoucnu nutno vydat na péči o invalidní pacienty s RS. Bohužel úspora v sociální oblasti, zajištěná z prostředků na zdravotní výdaje, dosud není vnímána jako úspěch, protože se jedná o dva bohužel stále nepropojené resorty,“ uzavírá profesorka Havrdová.

Petra Klusáková

## Cestou zvyšování mimokapitační platby

Zástupci Sdružení praktických lékařů ČR (SPL) chtějí ve spolupráci s pojišťovnami a ministerstvem zdravotnictví posilovat kompetence všeobecného praktického lékařství prostřednictvím rozšiřování mimokapitačních výkonů.

Ekonomická situace ve veřejném sektoru totiž v současné době plošně navýšení hodnoty kapítace zatím neumožňuje. „V této souvislosti vítáme i snahy o reprofiliaci akutních lůžek na lůžka následné péče. Ale bez přijetí nového zákona o zdravotních pojišťovnách nelze dokončit reformu zdravotnictví a dosavadní kroky učiněné MZ mohou být ohroženy,“ shodli se zástupci SPL ve svém prohlášení, a vyzývají proto MZ, aby ještě v letošním roce urychleně předložilo k diskusi věcný záměr zákona o zdravotních pojišťovnách.

Praktici nesouhlasí s uvažovaným zařazením zdravotních pojišťoven do zákona o rozpočtové odpovědnosti, protože by přijetí takto navrhovaného zákona negativně ovlivnilo celý systém veřejného zdravotního pojištění a návazně i zhoršilo podmínky poskytované zdravotní péče.

## Povinná atestace – jako všude jinde

Praktici také upozornili na fakt, že jako jakákoli jiná odbornost je i výkon všeobecného praktického léka-

ře korunován zakončenou atestací z VPL. „Rozhodně nelze v případě potřeby řešit krizovou situaci vstupem lékaře bez příslušného vzdělání do našeho oboru. Jsme však připraveni diskutovat o možných změnách v rámci kmene a zařazování do atestační průpravy i v souvislosti s financováním vzdělávání. Zde jistě nelze opomenout ani zodpovědnost krajů a zdravotních pojišťoven včetně možnosti stabilizačních nabídek,“ upozorňují praktičtí lékaři.

(klu)

# Psychiatrická péče projde transformací

Ministerstvo zdravotnictví připravuje reformu psychiatrické péče v České republice s cílem modernizovat celý systém a zvýšit kvalitu péče o pacienty. Reforma zajistí přesun léčby z velkých institucí do personálně lépe zajištěných lokálních center.

Psychiatrická péče nedoznala od 90. let minulého století žádných významných systémových změn, jak konstatuje 1. náměstek ministra zdravotnictví Marek Ženíšek. Duševní poruchy jsou přitom druhým nejčastějším důvodem pro přiznání invalidního důchodu a jejich výskyt má trvale stoupající charakter. „Psychiatrická péče proto v následujícím období představuje jednu z hlavních priorit ministerstva zdravotnictví. Považujeme za nutnost rozvíjet v psychiatrii moderní trendy a metody, abychom dosáhli evropských standardů,“ vysvětluje náměstek MZ.

## Transformační strategie

Strategie MZ ČR pro psychiatrickou péči vychází ze strategie WHO (Zdraví 21) „Zlepšení duševního zdraví“. „Předpokladem pro naplnění tohoto cíle je rozvoj komunitní a semimurální péče, zvýšení role primární péče, zvýšení role všeobecných nemocnic, transformace psychiatrických léčen a vzdělávání odborných pracovníků,“ upřesňuje Marek Ženíšek. V relevantnosti těchto bodů panuje podle jeho slov shoda v odborné veřejnosti.

Transformace psychiatrických léčen může být realizována některou ze 3 následujících variant či jejich kombinací: 1. snížením počtu lůžek v léčebnách při zachování finančních zdrojů, 2. redukcí některých oddělení v léčebnách, 3. redukcí počtu léčen. Jakákoli z těchto variant však musí podporovat rozvoj komunitní nebo se-

simurální péče a posílit segment akutní péče.

„V letošním roce byla ministrem zdravotnictví Leošem Hegerem ustavena pracovní skupina pro realizaci transformace psychiatrické péče. Mezi členy této skupiny patří zástupci ministerstva zdravotnictví, ministerstva práce a sociálních věcí, Psychiatrické společnosti JEP, nestátních neziskových organizací, zdravotních pojišťoven, ale rovněž patientských organizací. V roce 2013 by skupina měla zvolit optimální model transformace a v následujícím roce pak implementovat tento model v praxi s využitím zdrojů z evropských fondů. Odhadovaná potřebná výše finančních prostředků pro tento projekt činí 6 miliard korun,“ uvádí náměstek Ženíšek.

## Chráněné bydlení = lepší kvalita života

Podle vyjádření předsedy Psychiatrické společnosti ČLS JEP Jiřího Rabocha ve společnosti narůstají psychopatologie. Některou z psychiatrických institucí u nás ročně navštíví kolem 600 tisíc lidí. „Podle odhadu WHO se duševní poruchy v dalších desetiletích stanou nejvážnějším zdravotním problémem. Jestliže je v současnosti unipolární deprese na druhém místě nejčastějších onemocnění, pak v roce 2030 již bude zaujímat místo první,“ podotýká profesor Raboch.

Velká část pacientů je stále umístována do psychiatrických léčen. Zájmem odborníků je přenést péči do komunity, aby pa-

cienti mohli žít ve svém přirozeném prostředí. Jiří Raboch současně zdůrazňuje, že nelze očekávat, že komunitní péče bude levnější než současná péče ve velkých zařízeních. Dobře provozovaná komunitní péče však podle něj přináší lepší výsledky. „Ze studie, kterou jsme prováděli nedávno v rámci velkého evropského projektu, vyplynulo, že kvalita života v chráněném bydlení je výrazně lepší než v psychiatrických léčebnách. Zejména co se týče prostředí, sebezpečí a autonomie či sociálního začlenění pacientů,“ uzavírá profesor Raboch.

## Meziresortní péče

A jak to vidí zástupce největ-

ší psychiatrické léčebny u nás? „Lůžková psychiatrická péče v naší zemi kopíruje systém, který byl vytvořen v 19. století. Od té doby se nic výrazně nezměnilo,“ konstatuje ředitel PL Bohnice Martin Hollý. „V Česku se nachází dvacet psychiatrických léčen s 9 tisíci lůžky, dalších 1400 lůžek je k dispozici na psychiatrických odděleních nemocnic. Přitom 85 procent lůžkové kapacity je ve velkých léčebnách s velkou spádovou oblastí, takže ošetřující personál nemůže být v kontaktu s rodinou pacienta a plánovat například potřebné rehabilitační kroky.“

Systém psychiatrické péče podle jeho slov trpí nedostatkem den-

ních stacionářů, krizových center, mobilních týmů a chráněných bydlení. V počtu lůžek na 100 tisíc obyvatel v léčebnách jsme v rámci Evropy na předních místech, naproti tomu v návštěvnosti psychiatrických ambulancí spíše na chvostu. Martin Hollý zdůrazňuje, že péče o duševně nemocné je meziresortní problematika, která kromě medicínské péče (kompetence MZ) zahrnuje také sociální služby (MPSV), forenzní péči, probační a mediální službu (MS), podporu vzdělávání handicapovaných (MŠMT), podporu trhu sociálních firem (MF) a koordinaci a vzdělávání represivních složek (MV).

Andrea Skálková

## Fond proti korupci upozornil na nevhodné pronájmy na Homolce

Pražská Nemocnice Na Homolce mohla podle Nadačního fondu proti korupci (NFPK) přijít až o 100 milionů korun ročně, když své sklady zdravotnického materiálu pronajala společnosti Alseada. Ta má být propojena s advokátní kanceláří Šachta & Partners a některými lobbistickými skupinami.

Současný ředitel nemocnice Michal Šetlík krátce po uveřejnění závěrů NFPK vydal tiskové prohlášení, ve kterém uvádí, že nemocnice již po jeho nástupu do funkce vypověděla veškerou spolupráci s advokátní kanceláří MSB Legal (dříve AK Šachta & Partners).

## Vše podle zákona?

Fond proti korupci na svých stránkách uveřejnil analýzu situace i některé ze smluv uzavřených mezi Nemocnicí Na Homolce (NNH) a firmou Alseada, s. r. o., (nyní společností KTH), která je dle závěrů propojena s bývalou advokátní kanceláří Šachta & Partners i s lobbistou Ivo Rittigem. Podle nich nemocnice od července roku 2009 pronajímala firmě Alseada sklady zdravotnického materiálu ve svém areálu za cca 140 tisíc korun měsíčně. Firma údajně následně inkasovala za uskladnění materiálu asi padesátinásobek ceny, kterou odváděla za pronájem NNH. Mezi dodavatelé, kteří platili firmě Alseada za pronájem skladů, byla i firma Holte Medical, a. s., dceřiná společnost Nemocnice Na Homolce, která měla dříve sklady sama provozovat.

Fond odhaduje, že nemocnice kvůli nevhodné smlouvě přenechávací provoz skladů jiné instituci měsíčně přicházela přibližně o 8 milionů korun, tedy necelých 100 milionů korun ročně.

Zástupce advokátní kanceláře MSB Legal, jak se Šachta & Partners přejmenovali, David Michal nevidí na transakcích nic špatného. „Pokud bych mohl použít příměr, je to stejné, jako by někdo tvrdil, že pronajmatel, který pronajímá holou halu, přichází o finanční prostředky tím, že v té hale někdo jiný zařídil a provozuje pekárnu za účelem dosažení zisku,“ uvedl.

## Druhý Dopravní podnik

Nadační fond na svých webových stránkách přirovnal transakce v Nemocnici Na Homolce k jiné mediálně známé kauze – pražskému Dopravnímu podniku. Dokáže údajně doložit i neprůhledné operace, kterými byly převedeny dvě nemovitosti v hodnotě asi 11 milionů korun do vlastnictví otce bývalého ředitele nemocnice Vladimíra Dbalého. I tyto transakce měly probíhat za účasti právníků z okolí kanceláře Šachta & Partners

a samotné firmy Alseada. Exředitel Dbalý označil analýzu NFPK za fikci a „vaření z vody“.

Současný ředitel NNH Michal Šetlík přitom v reakci na závěry protikorupčního fondu uveřejnil seznam protikorupčních opatření, která po svém nástupu zavedl. Mimo již zmiňovaného přerušení spolupráce s advokátní kanceláří Legal mezi ním patří i plán vnitřních auditů, vytvoření oddělení investic a centrálního nákupu nebo externí analýza IT s pozastavením proplácení faktur za služby IT do jejího vyhodnocení. „V dceřiné společnosti Holte Medical jsme dosáhli v nejkratším možném termínu změny ve statutárních orgánech. V současné době v této společnosti probíhá komplexní nezávislý audit,“ uvedl ředitel Šetlík. „Následně na podkladě uvedených předchozích skutečností jsme mohli podat – a také i podali – výpovědi smluv uzavřených se společností KTH (dříve Alseada). Další kroky budou následovat po důkladném vyhodnocení jednotlivých procesů, a to v souladu s časovými a právními možnostmi, které je nutno respektovat,“ dodal.

(Iso, ČTK)



Martin Hollý. | Foto: Leoš Chodura

# Sjednocený informační systém odkryje chyby v hospodaření nemocnic

Pardubický kraj společně se soukromou firmou rozšiřuje komplexní informační systém, který bude hromadit a porovnávat informace o nákladových a výdajových položkách nemocnic. Ty pak lépe dohledají chyby v nakládání se svěřenými finančními prostředky.

„Doposud nemocnice poskytovaly zpracovatelské firmě pouze anonymní data, která běžně zpracovávají pro pojišťovny, tedy pouze výkonovou část dat. Nově bude firma dostávat informace z ekonomické oblasti fungování jednotlivých zařízení, jako je účetnictví nebo data personálního obsazení. Každý výkon je sestaven z několika nákladových položek, když jich budeme mít více, dokáže systém ještě více obnažit chyby v hospodaření, kterých se nemocnice dopustila,“ vysvětlil naší redakci vedoucí odboru zdravotnictví krajského úřadu v Pardubicích Jaroslav Forejt. Díky sjednocení účetních osnov všech nemocnic bude snazší porovnat konkrétní náklady, což doposud možné nebylo. Zjednoduší se také plánování materiálních, finančních i lidských zdrojů ve vztahu k objemu poskytnuté péče a úhradám od pojišťoven. Jak uvedl radní Pardubického kraje zod-

povědný za zdravotnictví Martin Netolický, systém začne naplno pracovat od ledna 2013. Pro jeho fungování byl vytvořen centrální datový sklad zdravotní péče Pardubického kraje s manažerskou nadstavbou. Ten kromě analýzy poskytované péče z klinického hlediska nově umožní také ekonomický rozbor situace. Informační systém se ve spolupráci se společností SWLab, s. r. o., podařilo naplnit daty všech pěti nemocnic na území Pardubického kraje poskytujících akutní péči. „Datová základna nyní obsahuje data všech nemocnic kraje od roku 2008 po současnost, což reprezentuje více než 400 tisíc případů hospitalizací,“ dodal Martin Netolický.

## Sjednocením k vyrovnanému hospodaření

K zavedení systému péče vedla zastupitele především nestabilita fi-

nancování nemocniční zdravotní péče, konkrétně změny v úhradových mechanismech pro lůžkovou péči, ale i celkové snižování zdrojů z veřejných prostředků. „I v následujícím období očekáváme nedostatečné příjmy ze systému veřejného zdravotního pojištění určené na úhrady akutní péče nemocni-

cím na území kraje. Proto jsme se rozhodli pro zavedení komplexního informačního systému, který umožní optimalizovat vykazování výkonů zdravotním pojišťovnám, analyzovat příjmy od pojišťoven, ale také náklady na konkrétního pacienta,“ poukázal Martin Netolický na tři složky informací, které

mají napomoci zlepšení financování zdravotnických zařízení. Dosáhnout vyrovnaného hospodaření se totiž zdejším nemocnicím stále nedaří. Stamilionové propady zbrzdil kraj v loňském roce, kdy se celkový dluh podařilo stlačit na 28 milionů korun. Intervence prostřednictvím vyrovnávacích plateb přišla Pardubický kraj na 117 milionů z vlastního rozpočtu. V letošním roce nemocnice pravděpodobně získají od kraje dalších 210 milionů.

Petra Klusáková

## Záchranné služby řeší nedostatek lékařů

Kvůli maximálně dvanáctihodinovým směnám, které od ledna stanovuje novela zákoníku práce, záchranky potřebují daleko více lékařů. Nedostatek řeší nábořem externistů i transformací posádek rychlé lékařské pomoci do systému *rendez-vous*.

Podle předsedy Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR Marka Slabého trpí záchranky nedostatkem lékařů dlouhodobě, provoz zajišťují pomocí externistů. I s jejich nasmlouváním ale začíná být problém. „Místa kmenových lékařů nejsme schopni obsadit. Slouží proto externisté na dohodu. Nasmlouváváme lékaře, kde můžeme. Vždycky se nějak s přijatými změnami legislativy porveme. Sotva je ale zvládneme, přijdou další,“ uvedl již počátkem roku Slabý.

### Jižní Morava

„Je pravda, že se potýkáme s nedostatkem lékařů, což ovšem není specifikum jen naší organizace, týká se to prakticky všech ZZS v České republice. Důvodem je především charakter práce, kdy jsou posádky odkázány pouze a jen na sebe bez zázemí zdravotnických týmů či diagnostických možností lůžkových ZZ a s tím související významný spolupodíl stresu a odpovědnosti. Situaci ještě zhoršuje vztah některých obyvatel ke zdravotnickému personálu a stejně tak i fakt, že práce záchranářů je čím dále častěji kriminalizová-

na. Pokuhává i finanční ohodnocení lékařů, kdy ministr zdravotnictví neplní sliby v oblasti platů zdravotníků,“ uvádí mluvčí jihomoravské záchranné služby Radek Turin.

Zdravotnická záchranná služba Jihomoravského kraje (ZZS JMK) potřebuje ke své činnosti celkem 116 lékařů s úvazkem 1,0. V současnosti zaměstnává celkem 89 lékařů, kteří představují kapacitu 77,15 přepočteného počtu této kategorie zaměstnanců. „Chybějící objem práce je řešen právě přesčasovou prací a dále zaměstnáváním 76 lékařů-externistů na základě dohod o pracích konaných mimo pracovní poměr. Kritickou situací řeší vedení organizace i zaměstnáním lékařů-anesteziologů bez odborné způsobilosti, a to v souladu se stanoviskem Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP a České lékařské komory,“ popisuje personální problematiku mluvčí Turin.

### Malé auto na velké problémy

Jednou z možností jak situaci pomoci je přesun některých posádek

RLP na posádky stejné kategorie v setkávacím systému (*rendez-vous*) podobně, jak je tomu již ve většině ostatních krajů v ČR. „V této tíživé situaci nelze přehlédnout současný kvalitní systém vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří dosahují vyššího a vysokoškolského vzdělání v oboru zdravotnický záchranář a urgentní medicína,“ dodává Radek Turin.

Také středočeská ZZS setkávací systém nově zavedla a snaží se jeho prostřednictvím zvýšit efektivitu práce posádkového lékaře. „Zřízením *rendez-vous* systému v Kladně se otevírá cesta k lepšímu využití lékařů v kladenském okrese. Sám jsem zpočátku nebyl zastáncem tohoto systému, ale změnil jsem názor, když se nám *rendez-vous* skvěle osvědčilo v jiných částech kraje. Teď na systém nedám dopustit,“ říká ředitel záchranné služby MUDr. Martin Houdek s tím, že kladenské stanoviště bude již dvanácté z celkového počtu stanovišť středočeské záchranné služby, kde jezdí sanitní vozy v systému *rendez-vous*.

(klu, iso)

## Nemocnice Boskovice ruší onkologickou ambulanci

Onkologická ambulance v Nemocnici Boskovice je nucena do konce října ukončit svůj provoz. Zdravotní pojišťovny opakovaně odmítly snahu vedení o nasmlouvání zdravotní péče.

„Je nám velmi líto, že se VZP zachovala tímto způsobem. Od listopadu budou muset všichni pacienti dojíždět do Brna. Ze strany nemocnice jsme udělali maximum,“ uvedl ředitel boskovické nemocnice Rostislav Verner.

### Bití budou pacienti

Boskovická ambulance byla od roku 2008 detašovaným pracovištěm Masarykova onkologického ústavu v Brně (MOÚ), v červnu letošního roku však ústav vypověděl s nemocnicí spolupráci. „Ihned jsem začal jednat s Masarykovým onkologickým ústavem, protože zrušení onkologické ambulance výrazně zkomplikuje péči o pacienty v našem regionu,“ uvedl ředitel Verner.

Masarykův ústav však své stanovisko nezměnil. Ambulance tedy nadále fungovala pod hlavičkou nemocnice, pouze za spolupráce lékařů z MOÚ. Nyní, bez smluv se zdravotními pojišťovnami, je další provoz neudržitelný.

„Nemocnice nadále nemůže nemalými náklady pouze dotovat provoz bez možnosti vykazovat výkony. Pro pojišťovnu by se přitom nejednalo o žádný závratný finanční obnos, stejně tak by naše nemocnice negenerovala významné zisky. Spíše se jedná o vstřícnost vůči onkologickým pacientům, kteří nemusí sanitkou dojíždět do Brna,“ dodal ředitel boskovické nemocnice.

(iso)

# Nemocnice Nymburk usiluje o zvýšení počtu lůžek

Do vedení nemocnice Nymburk nastoupila počátkem tohoto roku bývalá ředitelka nemocnice v Kutné Hoře **JUDr. Alice Opočenská**. Nyní naši redakci sdělila, jakých změn doznalo zdravotnické zařízení, jež po řadě dramatických změn stabilizoval jeho předchozí ředitel Vladimír Měrka, a zda její řízení odpovídá koncepci, kterou při svém nástupu představila.

**Jedním z bodů vašeho návrhu řízení nemocnice byl plán zřízení centra akutní medicíny, zavedení systému péče v oboru jednodenní chirurgie a zprovoznění pavilonu interních oborů v prostorách bývalého dětského oddělení. V jaké fázi je nyní jejich výstavba?**

Tak jako jiné nemocnice se i nemocnice Nymburk snaží co nejefektivněji vyjednat se Svazem zdravotních pojišťoven (SZP) a VZP na téma budoucího financování plánů a vizí, které si připravila. Musím však na váš dotaz kriticky říci, že vybudování centra akutní medicíny v naší nemocnici není aktuálně na pořadu dne, i když na něj vedení v žádném případě nerezignovalo.

Nemocnice nyní musí aktivním přístupem reagovat na změny, které se dějí v našem regionu a týkají se rozsahu a druhu poskytované péče. Zdravotnická zařízení buď z vnitřního popudu, nebo kvůli plánované restrukturalizaci zdravotní péče řízené SZP a VZP omezují či úplně ukončují poskytování péče v některých oborech své činnosti.

Přestože restrukturalizace sítě zdravotnických zařízení ve Středočeském kraji ještě není dokončena, již nyní jsme zaznamenali poměrně značný nárůst počtu pacientů v oborech chirurgie a interny z okresů Brandýs nad Labem a Český Brod. Protože je personální situace v naší nemocnici stabilizovaná, můžeme péči o pacienty z těchto regionů převzít. Ke kvalitnímu poskytování péče ještě většímu počtu pacientů, než jsme byli v poslední době zvyklí, patří kromě kvalitního personálu také zvýšení lůžkových kapacit, které pacientům v naší nemocnici můžeme poskytnout.

**Budete tedy zvyšovat počty lůžek?**

Vše záleží na tom, co se nám podaří vyjednat se zdravotními pojišťovnami. Nyní - a vypadá to, že možná budeme i vyslyšeni - argumentujeme tím, že pokud budeme mít možnost provozovat lůžka následné péče přímo v areálu



Ilustrační foto: archiv MÚ Nymburk

nemocnice, pokusíme se zhruba na stejném počtu akutních lůžek jako doposud zvládnout i pacienty z Brandýska a Českbrodsko. Zrekonstruované prostory, nové diagnostické postupy, nasmlouvaná lůžka následné péče a poněkud jiná organizace chodu nemocnice by nám to měly dovolit.

Již v létě letošního roku jsme zahájili přípravy na opravu a rekonstrukci interního oddělení, které se bude rozšiřovat o upravenou část současného gynekologického oddělení. Nově zrekonstruované prostory budou propojeny se stávající internou. Také jsme požádali ministerstvo zdravotnictví o vyhlášení výběrového řízení na možnost poskytování následné péče. Pokud se nám podaří získat finanční prostředky na opravu bývalého dětského oddělení, chceme ještě koncem roku zahájit přípravu tohoto pavilonu na poskytování následné péče. Nemocnice také vybuduje příjemné ambulance a pokoje pro gynekologické pacientky v bývalém, několik let nevyužívaném porodním sále.

Jdeme tedy po jednotlivých krocích, nejprve oprava interního oddělení a vytvoření zázemí pro gynekologické pacientky, zprovoznění bývalého dětského oddělení na možnost provozování lůžek následné péče, zprovoznění urgentního příjmu v pavilonu H. Ale to už mluvíme o 2. pololetí roku 2013.

**Vznikla avizovaná interní příjmová a kardiologická ambulance?**

Ano, obě ambulance již úspěšně pracují. Příjmová interní ambulance zajišťuje nepřetržitý provoz. Specializovanou ambulanci péči zde nabízí kardiologická, gastroenterologická, diabetologická a revmatologická odborná poradna. Součástí interního příjmu je také infuzní ambulance. Kardiologická ambulance se zabývá sledováním a léčbou srdečních onemocnění - kromě echokardiografických vyšetření a holterovského monitorování EKG a krevního tlaku zde pacienti podstupují také ergometrii. Ambulance dále zprostředkovává specializovaná vyšetření na pražských kardiologických klinikách.

**Ve své koncepci jste zaměstnancům také slíbila zvýšení mezd. Dostali vaši zdravotníci přidáno o 3,1 procenta?**

Ano. Je ale nutné podotknout, že se jednalo o lékáře, kterým se platy zvýšily zhruba o 6 procent, a tudíž přepočtem na všechny zaměstnance lze říci, že naši zaměstnanci dostali přidáno. V celkovém průměrování vzniklo navýšení mezd zaměstnanců nemocnice o 3,1 procenta.

Lékařům jsme platy zvedli proto, že Nemocnice Nymburk do 1. 1. 2012 nerealizovala výsledek akce „Děkujeme, odcházíme“ v míře, která by byla v souladu s jejím záměrem. Proto jsme provedli začlenění lékařů podle platové tabulky doporučené MZ a v tomto smyslu jsme změnili jejich pracovní smlouvy.

**Jaká je nyní situace kolem sanitek společnosti Transmed? Stále nemocnice neuvažuje o jejich nákupu?**

O jakýchkoli změnách v současném nastavení právních vztahů se společností Transmed nemůžeme - z důvodu nedostatku finančních prostředků na eventuální investici - ani pomyslet. Potřebu vlastní autodopravy nemocnice pocítuje. Ale řešení historicky prolongované situace může přinést pouze zřizovatel nemocnice, tedy město.

**Jak se vám daří vytvářet finanční zdroje k naplnění všech zamýšlených plánů?**

Situace v žádném případě není jednoduchá, ale díky pochopení a spolupráci s naším zřizovatelem, městem Nymburk, mo-

hu říci, že jsme se v tomto směru hnuli z místa.

Kromě investic do oprav interiéru a sociálních zařízení interního oddělení nyní spouštíme realizaci projektu „Modernizace radiodiagnostického oddělení včetně digitalizace“, půjde hlavně o obnovu přístrojového vybavení. Město na tento projekt obdrželo dotaci z Regionálního operačního programu a v září byly z rozhodnutí městského zastupitelstva uvolněny prostředky na jeho realizaci. ROP bude tuto investici kryt z 85 procent, zbytek uhradí město. Naším pacientům a zdravotnickému personálu bude při poskytování péče pomáhat nová rentgenová technika, echografické, ultrazvukové a Dopplerovy zobrazovací přístroje v celkové hodnotě přesahující 25 milionů korun. V případě, že se nám podaří nasmlouvat lůžka následné péče, máme zřizovatelem příslibeno zařazení investice na opravu bývalého dětského oddělení do plánu investic Města Nymburk již na rok 2013.

Petra Klusáková

## Předepsat lázně? Nic složitějšího!

Lázeňská léčba jako nezbytná součást potřebné zdravotní péče je hrazena buď plně (komplexní lázeňská péče), nebo částečně (příspěvková lázeňská péče) ze zdravotního pojištění všemi zdravotními pojišťovnami ČR a není započítávána do sledovaných regulačních omezení vyžadované péče praktických lékařů. Jedinou regulací zakotvenou v příslušných právních normách je vlastní systém vysílání na lázeňskou péči. Spolu s indikačními podmínkami, které musí zdravotní stav pojištěnce splňovat, definují tyto právní normy i kontraindikace, které pobyt v lázních vylučují. Návrh na lázeňskou péči vystavuje praktický lékař nebo ošetřující lékař při hospitalizaci. Všechny potřebné informace včetně aktuálního Indikačního seznamu a elektronického formuláře Návrhu na lázeňskou péči s detailními pokyny k jeho vyplnění najdete na adrese [www.lecebnelazne.cz](http://www.lecebnelazne.cz).

Více informací naleznete na [www.lecebnelazne.cz](http://www.lecebnelazne.cz)



Kampaň na propagaci léčebného lázeňství je realizována v rámci Integrovaného operačního programu financovaného Evropskou unií z Evropského fondu pro regionální rozvoj.



EVROPSKÁ UNIE  
EVROPSKÝ FOND PRO REGIONÁLNÍ ROZVOJ  
SANCE PRO VÁS ROZVOJ



MINISTERSTVO  
PRO MÍSTNÍ  
ROZVOJ ČR

## ODBORNÉ AKCE

# Pomáhají nové zákony českému zdravotnictví?

Stejnomenou konferenci uspořádala 12. října v pražském Obecním domě divize Medical Services Mladé fronty a. s. ve spolupráci se společností DDeM. Patronem konference byla Asociace inovativního farmaceutického průmyslu.

Obsahem konference byl pohled na aktuální stav legislativy ve zdravotnictví, dosavadní zkušenosti s nedávno přijatými zákony a navrhovanými novelami a diskuse nad jejich přínosy i nedostatky. Za předsednickým stolem zasedli zástupci České advokátní komory, České lékařské komory (ČLK), Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP), Parlamentu ČR, Oborové zdravotní pojišťovny (OZP), České lékařské společnosti (ČLS JEP) a pacientských organizací.

### Reformu přinese změna financování

Úvodní slovo k nedávno přijaté legislativě pronesl předseda Výboru pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR MUDr. Boris Šťastný (ODS). „Včera jsem se vyjádřoval k výsledkům hospodaření zdravotních pojišťoven, jež vykazaly schodek 5 miliard korun, a současně k prohlášení ministra zdravotnictví, který situaci dával za vinu Všeobecné zdravotní pojišťovně. Tyto skutečnosti jsou úzce spojeny s otázkou, na kterou se zaměřuje tato konference, tedy zda nové zákony pomáhají českému zdravotnictví. V letošním roce jsme přijali několik zdravotnických zákonů, které ovšem nepokládám za reformu. Zákony o zdravotních službách a specifických zdravotních službách totiž neřeší ekonomiku českého zdravotnictví. Za reformu lze považovat jen změnu financování celého systému. Za klíčové v tomto považuji dílčí změnu zákona 48/2007, o veřejném zdravotním pojištění, která v § 13 definuje nadstandard. Uvedená změna přináší poprvé v historii našeho zdravotnictví možnost připlatit si za zdravotní péči,“ uvedl poslanec.

Boris Šťastný zároveň prohlásil, že proces definování nadstandardů musí probíhat transparentně. Zásadní reformu podle něj přinese až komplexní změna systému zdravotního pojištění včetně možnosti zavedení doplňkového pojištění. Nedílnou podmínkou toho je umožnit konkurenci mezi

pojišťovnami. „Uvedený schodek je podle mě mnohem vyšší a činí 10–15 miliard korun, neboť zdravotní pojišťovny už vyčerpaly své rezervy. Není dále možné, aby pojišťovny fungovaly jako průtokové ohříváče, které mohou jen využívat námi odváděnou „zdravotní daň“ podle jasněho zdravotněpojištěního plánu a legislativy, jakou je úhradová vyhláška. Ministerstvo si nemůže stěžovat na deficit zdravotních pojišťoven, je-li samo tvůrcem této legislativy,“ upozornil poslanec. Nedojde-li k zásadní reformě financování zdravotních pojišťoven, bude se podle něj deficit prohlubovat a hrozí celková destabilizace zdravotnictví.

Konference proběhla bez účasti Ministerstva zdravotnictví ČR. Jeho zástupci byli organizátorem opakovaně osloveni a požádání o účast, nicméně jejich pracovní program jim neumožnil ani krátké vystoupení. Na mnohé otázky, které nastolil poslanec Šťastný a v diskusi pak i zástupci pacientů, lékařů a farmaceutického průmyslu, však nikdo jiný odpovědět nemohl.

### Nová zdravotnická legislativa

Shrnutí nedávno přijaté i připravované zdravotnické legislativy přednesl JUDr. Pavel Zajíc z Advokátní kanceláře Kubice, Zajíc a partneři. Jedná se o klíčové zákony: č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, a č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. Z připravovaných zákonů se pak jedná o: 1. zákon o zdravotních pojišťovnách (bude zahrnovat mimo jiné úpravy týkající se změny pojišťovny klientem, pravidla pro fungování, slučování a zánik ZP, slučení ZP MV a VoZP a usnadnění náhledu pacientů do zdravotního účtu), 2. zákon o univerzitních nemocnicích (definuje je jako novou formu právnické osoby, upravuje kritéria pro udělení statutu, otázky kolem dozorčí a správní rady, zdůrazňuje neziskový charakter nemocnic atd.), 3. zákon o zdravotnických pro-

středcích (definuje pravidla vstupu, prodeje a používání zdravotnických prostředků v ČR, požadavky na jejich distribuci a manipulaci s nimi, umožňuje vstup nových technologií, upravuje úhradu ve smyslu „stejný efekt – stejná úhrada“), 4. zákon o hluku.

V přípravě jsou též novely zákona o regulaci reklamy (zahrnuje zákaz soutěží, loterií a her, upravuje sponzorování, reguluje návštěvy reprezentantů v ordinacích lékařů a navyšuje sankce), zákona o léčivech (zaměřuje se na sledování a vyhodnocování nežádoucích účinků léků, zamezení vstupu padělků na český trh, množstevní omezení výdeje zneužívaných léků, weby lékáren se zásilkovým výdejem, vymezuje pravidla zabuzující reexportu léků atd.), zákona o nelékařských zdravotnických povoláních (poskytuje více kompetencí nelékařským pracovníkům, ruší odborný dohled a transplantačního zákona (umožňuje darování orgánů i cizinci, poskytuje možnosti motivace k dárctví – příspěvků, ušlý zisk).

Jak změny ve zdravotnické legislativě vnímají zdravotní pojišťovny, nastínil v další přednášce generální ředitel Oborové zdravotní pojišťovny Ing. Ladislav Friedrich, CSC.

### Dopady zákonů na lékaře a farmafirmy

O dopadech nových zákonů na lékaře a české zdravotnictví referoval viceprezident ČLK MUDr. Zdeněk Mrozek, Ph.D. Věnoval se jednak problematickým otázkám kolem specializačního vzdělávání, jednak sporným bodům v zákoně o zdravotních službách, jako je definice *lege artis*, informování pacienta, souhlas rodičů s výkony u nezletilého pacienta, institut dříve vyslovených přání, otázka povinné mlčenlivosti, oprávnění k poskytování zdravotních služeb či výše sankcí vyplývajících ze zákona. MUDr. Mrozek poukázal také na problémy související s plněním vyhlášky o personálním vybavení zdravotnických zařízení a vyhlášky o hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb.

Možnostem regulace vztahu mezi lékařem a farmaceutickou firmou se věnoval člen předsednictva ČLS JEP a přednosta 3. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA. Konstatoval, že uvedené vztahy je třeba regulovat zejména z důvodu ochrany pacienta, ideálně kvalitní informační politikou. „Naším cílem by měl být maximálně informovaný pacient,“ řekl profesor Svačina. Naopak regulace zákonem a excesivní evidence státem vedoucí až ke „zdravotní policii“ podle něj není vhodná a může mít negativní dopad na vzdělávání i vědeckou činnost lékařů. „Marketing a provize existují ve všech oblastech a je vyloučené, že by se vyhnuly medicíně. Zákaz reklamy na léky v době, kdy pacient rozhoduje v medicíně o všem, považují za nesmyslný,“ zdůraznil Štěpán Svačina.

Jaké jsou přínosy a negativa připravovaného zprůsvětlení regulace farmaceutických firem, nastínil výkonný ředitel AIFP Mgr. Jakub Dvořáček. Věnoval se zejména problematickým paragrafům v novele zákona o léčivech (jako je § 77 týkající se reexportu léčivých přípravků či § 64 upravující propouštění léčivých přípravků po změně registrace) a konceptu výše pokut. Dále vyslovil dílčí výhrady k novele zákona o regulaci reklamy týkající se poskytování vzorků léčivých přípravků, omezení návštěv reprezentantů u lékařů a provádění neintervenečních poregistračních studií. Poslanec Šťastný k tématu zákazu návštěv farmaceutických reprezentantů u lékařů v pracovní době uvedl, že je to stejné, jako by ministr zemědělství zakazoval pekařům stýkat se se svými subdodavateli v pracovní době, a že tento návrh považuje za nesmysl, bude proti němu tudíž ve sněmovně bojovat.

### Panelová diskuse

Odborníci a představitelé pacientských organizací se dále v panelové diskusi vyjádřili k otázkám korupčního jednání a k tomu, zda změna legislativy přispěje ke zvýšení transparentnosti ve zdravotnictví.



Výkonný ředitel AIFP Mgr. Jakub Dvořáček. | Foto: Leoš Chodura

Jana Petrenko z Koalice pro zdraví vyjádřila nevoli nad tím, že při návštěvě lékaře, ke kterému se dostala až „z protekce“, obdržela papír, na němž byla vyzvána k poskytnutí dobrovolného sponzorského daru. „Nemusela jsem ho dát, ale říkala jsem si, že bych se k němu přistě nemusela dostat. Povolení sponzorských darů tak pokládám za šikovníou legalizaci korupce,“ postěžovala si.

MUDr. Jana Vojtíšková ze Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP se vyslovila ve prospěch vzdělávání lékařů farmaceutickými firmami a proti navrhované regulaci návštěv reprezentantů v ordinacích lékařů. „Ze sdělení mých kolegů vím, že mnozí návštěvu reprezentantů vítají, neboť nemají čas vše sledovat nebo nemají prostředky na to, aby se účastnili zahraničních kongresů. Měla by to být záležitost lékaře, jak si zorganizuje čas, a nemělo by se mu direktivně přikazovat, kdy smí zástupce firem přijímat,“ dodala Jana Vojtíšková.

K přínosu vzdělávání pacientů zástupci farmaceutických firem se vyjádřil prezident Unie Roska Karel Hrkal. „Uvítali bychom, kdyby se firmy mohly při našich akcích prezentovat a pacienti by se tak dozvěděli o moderní léčbě. Současná legislativa to však neumožňuje.“

Jak ale v závěru uvedl MUDr. Mrozek, Česká lékařská komora „je otevřená spolupráci při tvorbě nových zákonů, nicméně o některých se dozvídá až z tisku, aniž by její zástupci byli prizváni k připomínkovému řízení“.

Celá konference se nesla v tvořivém duchu, kdy se rozproudila živá debata k tématům, která účastníci konference hodnotili jako velmi zajímavá a vyžadující širší diskusi ve zdravotnické obci. Se závěry konference seznámíme zástupce MZ ČR i Státního ústavu pro kontrolu léčiv a o jejich reakcích budeme čtenáře informovat.



# Ředitelé nemocnic: Vyhlášku chápeme jako zdroj informací

Vyhlášku o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb ostře kritizuje řada profesních organizací sdružujících zdravotníky. Bojí se, že ředitelé ZZ využijí možnosti vyhlášky k redukci stavu zaměstnanců. Zeptali jsme se ředitelů nemocnic, zda jsou obavy zaměstnanců na místě a jakým způsobem nová vyhláška ovlivňuje přístup jejich zařízení k personálním otázkám.

## Ing. Petr Koška, MBA

ředitel FN u sv. Anny v Brně



Ekonomická situace je velmi tíživá, avšak k významné redukci pracovníků zatím nedošlo, s výjimkou několika ambulantních

provozů. Přeražení pracovníků do kvalifikačně a platově nižších pozic není možné, máme-li se držet legislativy. Všeobecná sestra samozřejmě může zastávat nižší pozici – zdravotního asistenta, ošetřovatelky či sanitáře, ale měla by být přijata přímo na toto místo, s náplní práce dané kategorie a s platem v dané kategorii. V našem ZZ se v současné době přetváří systemizovaná místa s tím, že bude zohledněna vyhláška o minimálním personálním obsazení v tom, že bude plánováno (ovšem velmi individuálně) více pozic (systemizovaných míst) pro zdravotní asistenty.

## MUDr. Jan Mečíř

lékařský ředitel Krajské nemocnice Liberec

Krajská nemocnice Liberec žádou zásadní redukci zdravotnic-



kých pracovníků nechystá. Dlouhodobě pracujeme na zvýšení efektivity procesů a zamýšlíme se nad možnými změnami v organizačních postupech. Novou personální vyhlášku chápeme jako zdroj informací, jak si současná politická reprezentace představuje zdravotní péči a dává k tomu nepodkročitelné mantinely. Naším cílem je zajistit kvalitní zdravotní péči v rámci ekonomických možností českého zdravotnictví.

## MUDr. Břetislav Shon

předseda představenstva  
Nemocnice České Budějovice



Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb naší personální politikou zásadně neovlivňuje. Určitě nebudeme zaměstnance v souvislosti s vyhláškou propouštět ani redukovat jejich počty. Nemohu však vyloučit, že na někte-

řích odděleních nebude sestra při odchodu z nemocnice nahrazena nižším zdravotnickým personálem. Toto padá v úvahu na pracovištích, kde je velký objem pomocné práce (mytí pacientů, krmení apod.) a naopak oddělení není tolik náročné na odbornou sesterskou práci. Tak tomu je například na oddělení dlouhodobě nemocných. Určitě však toto budeme řešit v rámci

přirozeného odchodu zaměstnanců a přijímání zaměstnanců nových, nižších kategorií.

## MUDr. Petr Zajíc

ředitel Nemocnice Na Bulovce, Praha

Dle zákona má Nemocnice Na Bulovce povinnost tuto problematiku vyřešit konce roku. Pasportizaci si budeme zpracovávat cca v měsí-



cích říjen až listopad. Nicméně dle našeho současného odhadu nepředpokládáme výrazné rozdíly skutečného stavu a stavu dle

vyhlášky. Mohou nastat drobné rozdíly v rámci oborů, ale v rámci celé nemocnice to odhadujeme na plus minus současný stav. Rozhodně nařízení vyhlášky nebude nijak zneužito jako nástroje k redukci stavů. Neznamená to, že se na to nechceme dívat racionálně. Nemocnice Na Bulovce však pracovala spíše s minimem počtu pracovníků. Budou-li nějaké změny stavů, dá se spíše očekávat jejich původ jinde, na základě jiných rozhodnutí – redukce lůžek podle zdravotních pojišťoven, projekty slučování nemocnic apod.

## IZIP nic nedělá bez vědomí VZP

S nefalšovaným údivem jsem v minulém čísle zaregistrovala komentář Martina Čabana „Pojišťovna, která vyhrožuje sama sobě“, v němž autor líčí VZP jako nemocnou instituci, s níž si společnost IZIP dělá, co chce, v duchu „absurdní frašky“, či dokonce „války gangů“.

Musím reagovat na tvrzení, že by VZP měla mít majoritu v představenstvu a dalších orgánech IZIP. Skutečnost je taková, že nikoli by ji mít měla, ona ji má. Jako předsedkyně představenstva IZIP, a. s., jsem byla nominována za VZP, místopředseda představenstva IZIP MUDr. Jiří Bek rovněž, což lze v praxi názorně doložit třeba i tím, že úřaduje přímo v sídle VZP. Kde vzal autor jistotu, že představenstvo IZIP nekoná, co má? Ptal se nás na to někdy? Nikoli. Místo toho opakuje nepravdy z článku nedávno publikovaného na serveru *Lidovky.cz*, v němž autorka Veronika Rodriguez fabulu-

je, že IZIP pohrozil VZP prodejem či předáním zdravotních dat klientů jiné pojišťovně. A autor komentáře Martin Čaban jde ještě dál, do světa absurdit, když píše (zřejmě v podivné nadsázce), že by IZIP byl schopen prodat i 6 milionů pojištěnců VZP do otroctví, kdyby mohl. Opět spekulace, fabulace, výmysl a holý nesmysl. Realita je zcela jiná. IZIP striktně dodržuje zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, a nakládá se zdravotními i osobními údaji klientů zcela v jeho duchu. 14 měsíců trvající audit dospěl k závěru, že získávání i zpracovávání osobních údajů ve společ-

nosti probíhá na výbornou. Je proto vyloučeno, že by IZIP, jenž věnuje maximální míru pozornosti ochraně dat klientů, postupoval v naprostém rozporu se zákonem a data nabízel dalším subjektům. V tomto duchu jsme oslovili i redakci *Lidovky.cz*, jež naše stanovisko zveřejnila. Fámý žijí vlastním životem, zní totiž atraktivněji než realita, která je taková, že IZIP po majetkovém vstupu VZP prochází transparentním procesem, otevřeně komunikuje s médii i klienty a rozhodně nic nedělá bez vědomí VZP.

Ing. Jitka Kotková, MBA  
předsedkyně představenstva IZIP, a. s.

Inzerce A121013313

Kardiovaskulární oddělení FN Ostrava  
pořádá

KONFERENCI PRO  
KARDIOLOGICKÉ A VŠEOBECNÉ SESTRY

na téma

Aktuality v kardiologii a angiologii pro praxi

Aula VŠB, Ostrava - Poruba, čtvrtek 1. 11. 2012



# WHO chce zvýšit úroveň **psychiatrické péče v rozvojových zemích**

Drtivá většina obyvatel rozvojových států nemá přístup k potřebné odborné pomoci. Společný plán členů Valného shromáždění WHO chce tuto skutečnost zvrátit.

Téměř 450 milionů lidí trpí podle oficiálních odhadů některou z psychických poruch. Více než 3/4 z nich žijí v rozvojových zemích. Podle údajů Světové zdravotnické organizace (WHO) v těchto regionech dostávají adekvátní léčbu pouze 2 z 10 postižených. Ostatní jsou ponechání zcela bez pomoci. Řada z nich trpí poruchou v důsledku infekčního onemocnění, přírodních katastrof či válečného konfliktu.

**Jeden odborník na milion**  
Například v Afghánistánu ztratila většina rodin v posledních 30

letech nepokojů nejméně jednoho člena rodiny. Odhaduje se, že téměř polovina tamních obyvatel starších 15 let trpí psychickými problémy, nejčastěji depresí, úzkostí či posttraumatickou stresovou poruchou. Přitom pouze hlavní město Kábul disponuje sítí zařízení poskytujících potřebnou pomoc. Afghánistán však není výjimkou – skoro polovina světové populace žije v zemích, kde jeden psychiatr připadá na 200 tisíc obyvatel. Podle WHO existují i státy, kde je jediný specialista na milion obyvatel.

V Nigérii vykazuje téměř čtvrtina pacientů tamních zdravotnických zařízení příznaky deprese, jen zlomku z nich je však odborně diagnostikována a pouze šestina diagnostikovaných dostává potřebnou léčbu. WHO rovněž upozorňuje na odstrašující podmínky mnoha psychiatrických zařízení v rozvojových zemích.

V květnu tohoto roku se ministři zdravotnictví zemí, jež jsou členy Valného shromáždění Světové zdravotnické organizace, dohodli na společném plánu, jehož cílem je zlepšení psychiatrické

péče především v rozvojových zemích. V současnosti se dojednává konkrétní podoba tohoto plánu. Kanadská vláda již přislíbila věnovat na 15 nových projektů v jeho rámci téměř 20 milionů dolarů.

(Zdroj: BBC)



(kha)

## USA: Armádní testy v St. Louis opět v popředí zájmu

Senátoři státu Missouri opět otevřeli případ armádních chemických pokusů v St. Louis z poloviny 50. a poté poloviny 60. let. Nový výzkum totiž tvrdí, že při nich byly používány i radioaktivní látky.

Přibližně před 60. resp. 50. lety americká armáda pod záminkou testování kórové clony, jež měla St. Louis údajně chránit před případným sovětským útokem, rozprašovala na území města směs sulfidu kadmennatého a sulfidu zinečnatého. Případ vyšel najevo až v roce 1994, kdy armádní představitelé prováděním pokusů přiznali. Tvrdili však, že dávka chemikálií nebyla pro obyvatele nebezpečná.

Socioložka Lisa Martinová-Taylorová však minulý měsíc uveřejnila výzkum, v němž tvrdí, že ve směsi byly přimíchány i některé radioaktivní látky. Ačkoli autorka přiznává, že pro své závěry nemá žádný přímý důkaz, missourští senátoři Claire McCaskillová a Roy Blunt se rozhodli zaslat armádě oficiální zá-

dost o vysvětlení. Dosud však neobdrželi odpověď.

### Vzpomínky pamětníků

Spekulacím o používání radioaktivních látek nahrávají i osudy některých obyvatel chudinských čtvrtí, jež byly pro testy vybrány. Například dnes 57letá Doris Spatesová, jejíž rodina pochází z jedné z inkriminovaných čtvrtí, ztratila koncem 50. let zcela nečekaně otce, 4 její sourozenci zemřeli v relativně mladém věku na rakovinu a ona sama bojovala s karcinomem děložního čípku. Doris Spatesová přiznává, že zmíněné zdravotní potíže s armádními testy spojuje. „Člověka samozřejmě napadne, že je toho více, co nám neříkají,“ podotýká.

Americká armáda v 90. letech přizna-

la pouze to, že při šíření látek použila rozprašovače, další z pamětnic, dnes 68letá Helen Brindellová však tvrdí, že si pamatuje, jak nad městem přelétávala vojenská letadla, která nad jejich čtvrtí rozprašovala jakýsi prášek. Ona sama jím byla jako dítě zasažena a v dospělosti prodělala rakovinu prsu, štítné žlázy, kůže a dělohy. „Nechápu, jak nám mohli něco takového udělat,“ říká Helen Brindellová. „Odsuzovali jsme holocaust a přitom sami dělali takovouhle věc?“

Lisa Martinová-Taylorová zdůrazňuje, že armádní ani vládní představitelé se dosud postiženým obyvatelům ani neomluvili. Armáda jakékoli žádosti o vyjádření k případu, ať již ze strany obyvatel, politiků či médií, odmítá.

(Zdroj: CBS News)

(kha)

## USA: Kontaminované injekce nakazily přes 200 lidí

Již 19 lidských životů a nejméně 245 infikovaných si ve Spojených státech amerických vyžádala meningitida, již se pacienti nakazili prostřednictvím kontaminovaných injekcí.

Podle úřadů mohly být závadné injekce s methylprednisolon acétátem aplikovány až 14 tisícům Američanů na 76 klinikách ve 23 státech v období od července do září.

S identifikací a hledáním dalších potenciálně nakažených pomáhá

v některých oblastech policie. Nejvíce případů meningitidy bylo zaznamenáno v Tennessee, Michiganu a Virginii. Celkem se zatím nemoc objevila ve 12 amerických státech.

Kontaminovaná šarže léčivého

přípravku pocházela od výrobce New England Compounding Center v Massachusettsu a byla koncem září stažena. Zatím není jasné, jak se plíseň do léčiva dostala.

(Údaje platné k datu 18. 10. 2012)

(Zdroj: Reuters)

(kha)

## Krátce ze světa

● V posledních letech ve Spojených státech amerických výrazně stoupl počet HIV-pozitivních obyvatel, kterým byl transplantován nový orgán, většinou ledviny, játra, ale také srdce. Zatímco v roce 2005 provádělo transplantace u těchto pacientů pouze 25 z 242 amerických transplantacních středisek, v současnosti se jejich počet zvýšil na 48. Podobný nárůst byl zaznamenán i u samotných zákroků – před 7 lety jich bylo 58, loni téměř 200.

Podle lékařů transplantace dřívě nebyly prováděny především kvůli velmi nízké šanci HIV+ pacientů na dlouhodobé přežití. To se však v posledních letech díky moderní náročnější než u HIV-negativních nemocných, mimo jiné musejí být pečlivě voleny příslušné léky tak, aby nedocházelo k negativním reakcím například mezi antiretrovirovými a imunosupresivami.

● Neúspěchem hned v počátku skončila první fáze osvětové kampaně australské vlády zaměřené na původní obyvatelstvo kontinentu, jež měla zvýšit jejich povědomí o lidském těle a zdraví. Na plakátech, které byly rozeslány do zdravotních středisek zapojených do programu, se totiž vyskytovaly elementární chyby – například žaludek byl označen jako plíce, tenké střevo jako žaludek a slinivka břišní byla zakreslena uvnitř žaludku. Ministerstvo zdravotnictví plakáty ihned stáhlo.

● Indický nejvyšší soud rozhodl, že každá škola musí pro své žáky a zaměstnance zařídit přístup k pitné vodě a také chlapecké a dívčí toalety. Soud dal školám na realizaci těchto opatření půlroční lhůtu. Nezávadnou vodu v současnosti nemá k dispozici každá desátá

škola, toalety pak chybějí ve 40 % vzdělávacích ústavů. Podle průzkumů veřejného mínění jsou nevyhovující hygienické podmínky jedním z důvodů, proč někteří rodiče své děti (především dívky) do školy nepošílají. Soud proto rozhodl, že pitná voda a toalety jsou součástí práva dětí na vzdělání.

● Nejméně 6 obětí (z toho dvě děti) má na svědomí epidemie krvácivé horečky dengue, jež vypukla v Portoriku. Celkově se podle oficiálních statistik nakazilo 4816 obyvatel ostrova, u 21 pacientů byl zjištěn potenciálně smrtící typ nemoci. Horečka dengue se v Portoriku objevuje každoročně, a to v období od srpna do ledna. Letošní šíření nákazy je však ve srovnání s loňským rokem rychlejší. Zatím největší epidemii země zažila v roce 2010, kdy bylo zaznamenáno na 12 tisíc nemocných a 31 zemřelých.

● Minimálně 390 lidských životů (většinou dětí) si letos v indickém státě Uttarpradéš vyžádala epidemie virové encefalitidy. Celkem kvůli ní muselo být od počátku roku hospitalizováno na 2500 pacientů, téměř 300 z nich nadále zůstává v péči lékařů.

Virová encefalitida byla v Uttarpradéši poprvé zjištěna v roce 1978 a od té doby na ni zemřelo téměř 6500 dětí. Nemoc se v oblasti vyskytuje každoročně během monzunového období.

● Irácký autonomní region Kurdistán bojuje s cholera – epidemie si vyžádala již nejméně 4 umrtví, počet nakažených dosahuje téměř 300. Většina případů se objevila v provincii Sulajmánija, odborníkům se zatím nepodařilo najít zdroj nákazy.

(Zdroje: ČTK, Reuters)

(kha)

# Slovensko: Unitární systém zdravotního pojištění dostává konkrétní obrysy

Slovenské ministerstvo zdravotnictví již do meziresortního připomínkového řízení předalo „Projekt zavedenia unitárneho systému verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike“.

S návrhem zavést jedinou zdravotní pojišťovnu přišel v červenci tohoto roku premiér Robert Fico (Smer-SD), jenž si od změny stávající situace, kdy v zemi působí dvě pojišťovny soukromé (Dôvera a Union) a jedna státní, slibuje zefektivnění nakládání s penězi vybranými na zdravotním pojištění.

## Tři možnosti

Ministerstvo zdravotnictví nyní vypracovalo podrobný plán, který analyzuje možnosti jak unitárního systému dosáhnout. První ze tří možností je dohoda o správě pojišťovny kmene (stát by si kmen pronajal, nadále by jej vlastnily pojišťovny, ale nemohly by o něm rozhodovat), druhou pak dohoda o odkoupení akcií nebo vymezených aktiv soukromých pojišťoven (tuto variantu MZ SR označuje za nevhodnější) a třetí možnost představuje vyvlastnění zdravotních pojišťoven.

„Jako jediná z analyzovaných variant umožňuje státu získat výlučnou kontrolu nad všemi složkami podnikání nestátní zdravotní pojišťovny,“ komentuje ministerstvo zdravotnictví v předkládaném materiálu, proč považuje možnost akcí či aktiv za nejlepší možnost, a dodává, že nabytím plné kontroly nad soukromými pojišťovnami stát rovněž získá kontrolu nad soudními spory, jež tyto instituce proti Slovensku vedou.

Hodnotu soukromých pojišťoven má určit audit, pokud s ním však nebudou souhlasit, stát je bude moci ocenit – a to i na základě neúplných informací – bez auditu. Jestliže by jednání o odkupu pojišťoven selhalo, na řadu přijde jejich vyvlastnění. Stát bude ve vyjednávání a procesu transformace zastupovat Všeobecná zdravotná poisťovňa, případně chytanā Spoločnosť pre zavedenie unitárneho systému verejného zdravotného poistenia.

## Podle plánu

V první fázi celého procesu resort zdravotnictví předpokládá přijetí transformačního zákona (mimo jiné určí způsob stanovení ceny soukromých pojišťoven či způsob vyvlastnění), poté bude následovat další legislativa. O právní for-

mě nově vzniklé jediné zdravotní pojišťovny zatím není jasno, ve hře je jak akciová společnost, tak i například veřejnoprávní instituce.

Ministerstvo zdravotnictví počítá s tím, že by nová pojišťovna převzala část agendy Sociálnej poisťovne a rovněž Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Právě postavení tohoto úřadu se má po zavedení unitárního systému změnit a jeho přesná podoba je zatím předmětem jednání. Podle plánu by měl být projekt jediné zdravotní pojišťovny schválen ještě do konce října, v listopadu by následně vznikla zmíněná společnost pro zavedení unitárního systému. Transformační zákon by měl vstoupit v platnost v květnu příštího roku, vyjednávání s akci-

ruje nejen slovenské ústavě, ale také právu Evropské unie zajišťujícímu tržní svobody. Navíc je podle něho projekt v rozporu se zájmy pacienta a neřeší nedostatek finančních zdrojů ve zdravotnictví. „Stát by na tak nesmyslnou reformu neměl plýtvat penězi,“ poznamenal ředitel a dodal, že kabinet by měl naopak konkurenci v systému zdravotního pojištění podporovat. „Rozhodně chceme zůstat na trhu,“ cituje Martina Kultana deník Sme.

Podobně reagovali i zástupci pojišťovny Union, podle nichž neexistují reálné důvody proč rušit pluralitní systém zdravotního pojištění. „Jediná pojišťovna na trhu bude znamenat negativní důsledky jak pro stát, a to ve formě vyšších nákladů, tak i pro paci-

byla zastavena koncem loňského roku.

## Prostředky z privatizace

Záměr slovenského kabinetu vyzval ostro odezvu nejen ze strany dotčených soukromých pojišťoven Dôvera a Union, ale také některých analytiků a opozičních politiků. Bývalý ministr zdravotnictví Ivan Uhlirík (KDH) označil unitární systém za krok o 20 let zpět. „Smer se chová jako státotrana před rokem 1989, která lidem nedávala na výběr,“ prohlásil bývalý představitel resortu zdravotnictví a vyzval vládu, aby raději stovky milionů, jež mají být vynaloženy na vyplacení akcionářů pojišťoven, použila na obnovu nemocnic či vyšší platy zdravotníků.

Potřebnou sumu na odkoupení akcií soukromých pojišťoven chce kabinet Roberta Fica získat z privatizace, hovoří se především o prodeji 49% podílu státu ve společnosti Slovak Telekom, za nějž by podle odhadů vlády bylo možné získat až 800 milionů eur. Opozice i někteří ekonomové však namítají, že tato suma by neměla být použita na odkoupení zdravotních pojišťoven, ale na ozdravení veřejných financí a snížení státního dluhu. O takovém kroku však vláda neuvažuje, ačkoli podle posledního prohlášení slovenského ministra financí Petra Kažimíra ve státním rozpočtu v současnosti chybí 500 milionů eur.

## Výhody konkurence

K návrhu projektu unitárního zdravotního pojištění byla vládě předána hromadná připomínka, již podepsalo téměř 10 tisíc Slováků. Ministerstvo zdravotnictví deklarovalo, že ji vezme v úvahu. „Samozřejmě, pokud bude spíňovat všechny náležitosti, jež má hromadná připomínka mít, ministerstvo se jí bude zabývat v řádném legislativním procesu,“ potvrdila mluvčí resortu Zuzana Čizmáriková.

Peter Pažitný, ředitel Health Policy Institute (HPI), jehož představitelé jsou pod hromadnou připomínkou rovněž podepsáni, odmítá argument, že unitární systém zdravotního pojištění bude znamenat zlepšení péče o pacienty. „Vláda tu řeší úplně vymyšlený, iluzorní problém. Skutečným problémem zdravotnictví je, že lidé nevědí, na co mají nárok, a nemají se ke svým nárokům dostat. Konkurence je ve prospěch spotřebitele, jen v ní je možné, aby mezi sebou zdravotní pojišťovny soutěžily a aby tento boj vyzněl ve prospěch pojištěnce. Navíc je konkurence přínosná i pro poskytovatele zdravotní péče, neboť nebudou závislí na svévolném rozhodování monopolu,“ uvedl Peter Pažitný pro deník Pravda a poukázal na výsledky žebříčku European Health Consumer Index, který hodnotí evropské systémy zdravotnictví z pohledu jejich orientace na pacienta. V něm se opakovaně na první příčce umísťuje Nizozemsko, kde působí 27 soukromých zdravotních pojišťoven.

(Zdroj: Sme, Pravda, E15)

Květa Havlová



onáři jednotlivých pojišťoven pak započnou v říjnu 2013 a jediná pojišťovna by měla fungovat od ledna 2014. Pokud však jednání se zástupci soukromých zdravotních pojišťoven zkrachují a stát zvolí variantu vyvlastnění, termín zavedení unitárního systému se posune na červenec 2014.

Vláda svůj záměr na zřízení jediné zdravotní pojišťovny mimo jiné obhajuje i tím, že taková instituce umožní výrazné administrativní úspory a téměř všechny finanční prostředky pak bude možné využít na poskytování zdravotní péče.

## Hrozba arbitráže

Ředitel zdravotní pojišťovny Dôvera Martin Kultán uvedl, že záměr ministerstva zdravotnictví odpo-

enty kvůli nižší úrovni zdravotní péče,“ uvedla mluvčí Union Judita Smatanová.

Akcionáři obou pojišťoven se netají tím, že jsou – zejména v případě vyvlastnění – připraveni obrátit se i na mezinárodní arbitrážní soud. „Informace o arbitráži považujeme za zastršování občanů,“ reagovala na zprávy Martina Lidinská z tiskového oddělení slovenského ministerstva zdravotnictví. Soukromé zdravotní pojišťovny již ostatně arbitráž se Slovenskem vedly, a to během první vlády Roberta Fica, jež jim zakázala vyplácení zisků. Arbitrážní spor se společností Achmea, akcionářem Union, probíhá dodnes a firma požaduje vyplacení odškodného ve výši 64,7 milionu eur. Arbitráž s akcionáři Dôvera

## Eurokomisař Dalli odstoupil

Eurokomisař pro zdraví a ochranu spotřebitele John Dalli rezignoval na svůj post kvůli podezření z korupce.

Evropský úřad pro boj s korupcí (OLAF) bývalého maltského komisaře vyšetřuje v souvislosti s nařčením vzneseným švédskou tabákovou společností Swedish Match, již měl údajně kontaktovat jistý maltský podnikatel a za úplatu nabízet ovlivnění legislativních návrhů Evropské komise (EK) týkajících se zákazu exportu žvýkáčích tabáků. Právě John Dalli měl být „kontaktem“, jenž zmírnění zákonů zajistí. Ačkoli představitelé OLAF zdůrazňují, že žádná finanční transakce mezi eurokomisařem a tabákovým

výrobcem neproběhla a neexistují ani žádné přímé důkazy o účasti Johna Dalliho v celé události (ačkoli o ní podle vyšetřovatelů s největší pravděpodobností věděli), politik se rozhodl okamžitě rezignovat na svůj post, aby mohl „očistit své jméno“. O jeho případném předání polici rozhodnou maltské úřady. Pozici Johna Dalliho, který se nedávno zabýval i metanolovou kauzou v České republice, dočasně převeze místopředseda EK pro administrativu, Slovák Maroš Šefčovič.

(Zdroj: BBC)

(kha)

## ZE ZAHRANIČÍ

# Filipíny bojují za antikoncepci

Filipínský prezident Benigno Aquino se rozhodl postavit v zemi velmi vlivné katolické církvi – chce obyvatelům umožnit bezplatný přístup k prostředkům plánovaného rodičovství.

Silně katolický stát se v současnosti potýká s rychle rostoucí populací a také stále větším počtem obyvatel žijících pod hranicí chudoby, zatímco okolní země začínají prosperovat.

## Nástroj proti chudobě

Ekonomové mluví o přímé souvislosti mezi chudobou a nekontrolovatelným růstem populace, církev ji však odmítá a tvrdí, že lidé potřebují především práci, nikoli antikoncepci. Benigno Aquino, sám silně věřící katolík, se nicméně rozhodl obětovat část podpory ze strany církevních představitelů a připravil legislativu, jež by – pokud ji parlament schválí – Filipíncům zajistila bezplatný přístup k antikoncepčním prostředkům a zavedla sexuální výchovu.

Antikoncepce je na Filipínách sice dostupná, avšak v porovnání s okolními státy ji tamní obyvatelé používají málo (pouze 45–50 % z nich). Většina si ji nemůže dovolit, v některých městech je její dostupnost omezena apod. V sousední Indonésii podíl lidí pravidelně používajících prostředky proti početí dosahuje 56 %, v Thajsku dokonce 80 %. To se odráží i na populačním růstu v těchto zemích

– na Filipínách roste počet obyvatel o 1,9 % ročně, v Indonésii o 1,2 % a v Thajsku o 0,9 %. Právě zastavení strmého populačního růstu a tím i zvyšujícího se počtu lidí každým rokem upadajících pod hranici chudoby (v současnosti přibližně 95 milionů Filipínců) stojí za snahou Benigna Aquina zákon prosadit. „Prezident navzdory možnému znepráčetelí si církve označil chystaný zákon za svou prioritu,“ poznamenal ministr financí Florencio Abad.

## Práce vs. antikoncepce

Reakce církevních představitelů na sebe nenechala dlouho čekat. Podle nich legislativa znamená legalizaci potratů, ačkoli o ničem takovém zákon nehovoří. Interrupce má v zemi i nadále zůstat mimo zákon, návrh nicméně počítá se snazším přístupem žen k potřebné péči při komplikacích v důsledku nelegálního přerušování těhotenství. Církev je nadále přesvědčena, že obyvatelé by měli používat „přirozené nástroje plánování rodičovství“. Za vysokou mírou chudoby v zemi pak vidí neschopnost vlády zastavit korupci a vytvářet nová pracovní místa. „Pevně věříme, že antikoncepce nikdy nemůže být

odpovědí na problémy,“ prohlásil sekretář Filipínské episkopální komise pro rodinu a život při tamní Katolické biskupské konferenci. „Lidé jsou chudí, protože nemají práci, ne proto, že nemohou užívat antikoncepci. Dejte jim práci – to bude neefektivnější prostředek kontroly porodnosti,“ dodal. Navzdory veřejně deklarovaným námitkám církve i politických oponentů prezidenta Aquina, kteří jsou přesvědčeni, že by antikoncepce neměla být financována z veřejných zdrojů, průzkumy veřejného mínění ukazují, že mezi obyvateli je podpora připravovaného zákona vysoká – vyslovilo se pro něj 70 % Filipínců. Zatímco většina zemí se potýká s tím, že populace stárne a ekonomicky aktivní část obyvatel musí



Benigno Aquino. | Foto: inquiret.net

stále více „vydělávat“ na seniory, na Filipínách tvoří hlavní skupinu ekonomicky závislých dětí. Medián věku v zemi činí 22,2 roku (např. v Malajsii je to 25, v Indii 25,1 a v In-

donésii 27,8 roku) a na 100 ekonomicky aktivních obyvatel připadá 58 ekonomicky závislých (v Indonésii 40, v Thajsku 29).

(Zdroj: Reuters)

Květa Havlová

## Zdroj nákazy amébou v Pákistánu zatím nejasný

Améba *Naegleria fowleri* si v Pákistánu od července tohoto roku vyžádala již nejméně 22 lidských životů. Nejvíce případů nákazy (13 infikovaných, 10 úmrtí) bylo zaznamenáno ve městě Karáči.

Zdroj nákazy zatím zůstává nejasný, zmíněná améba způsobující primární amébovou meningoencefalitidu žije v teplejších sladkých vodách. Úřady již zahájily vyšetřování a do vodovodního potrubí začaly přidávat více chloru. Úmrtí v důsledku nákazy *Naegleria fowleri* se objevila v různých oblastech města a odborníci upozorňují, že řada případů může zůstat neodhalena.

### Pomoci má chlor a kampaň

Shakeel Mallick z pákistánského ministerstva zdravotnictví ujistil, že zdravotnická zařízení v Karáči každé podezření na nákazu amébou důkladně prošetří. Ačkoli se *Naegleria fowleri* většinou vyskytuje ve vodních nádržích, jako jsou bazény či přírodní koupaliště, pouze u jediné z obětí bylo prokázáno, že se v takové vodě před smrtí koupala. Vyšetřovatelé proto pracují s verzí, že se nemocní nakazili vodou z veřejného vodovodu prostřednictvím vyplachování nosních

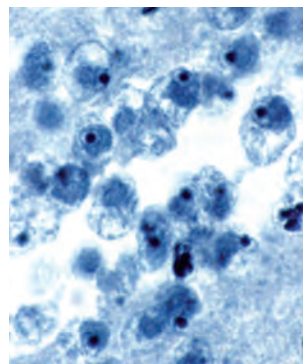


foto: k-state.edu

dutin – činnosti, jež je v jihovýchodní Asii běžná a oblíbená. Právě touto cestou se améba dostává do mozku. Většina napadených umírá do týdne. Místní úřady již spustily varovnou informační kampaň, v níž nabádají občany, aby si nosní dutiny neproplachovali nepřečistou či nechlorovanou vodou, zbavili se domácích zásob vody a v případě jakéhokoli podezření na nákazu okamžitě vyhledali lékařskou pomoc.

(Zdroj: BBC)

(kha)

## OSN opravila chybné údaje o hladovějících

Organizace spojených národů (OSN) musela přehodnotit statistiku z roku 2009 týkající se hladovějících a podvyživených obyvatel světa.

Zatímco původní dokument uváděl 1 miliardou hladovějících, nové údaje hovoří o přibližně 870 milionech. Na vině chybné statistiky je podle Organizace OSN pro výživu a zemědělství (UN Food and Agricultural Organisation, FAO) nesprávná metodologie a špatná dostupnost výchozích dat. Jak ale zdůraznil ředitel FAO Graziano da Silva, i nově stanovený počet je „nepřijatelný“ a stanovený Rozvojový cíl tisíciletí (Millennium Development Goal), jenž si vytkl snížit do roku 2015 podíl hladovějících na polovinu, je „stále nedosažitelný“.

### Afrika proti trendu

OSN definuje hladovějícího člověka jako osobu, jež zkonzumuje méně než 1800 kilokalorií denně.

Nová statistika potvrzuje, že počet chronicky hladovějících lidí ve světě od roku 1990 klesl o 132 milionů – z miliardy na 868 milionů. Nicméně to znamená, že 12,5 % světové populace (neboli každý osmý člověk) stále hladoví. „Největšího zlepšení situace bylo dosaženo před rokem 2007,“ upozorňuje Graziano da Silva a dodává, že zpomalení pozitivního trendu bylo z velké části způsobeno celosvětovou ekonomickou krizí, zvyšujícími se cenami potravin a globálními změnami klimatu. Jediným regionem, v němž se počet hladovějících za poslední dvě dekády naopak zvýšil (ze 175 na 239 milionů), je Afrika. Jen za minulých 4 roky zde přibýlo téměř 20 milionů hladovějících obyvatel.

(Zdroj: BBC)

(kha)

## Zkušenosti i v Československu

*Naegleria fowleri* se objevila i v bývalém Československu. V letech 1963–1965 primární amébové meningoencefalitidě způsobené tímto provokem podlehl 16 mladých lidí, kteří se nakazili při koupání v bazénu v Ústí nad Labem. Případ je považován za jednu z největších epidemií tohoto onemocnění.

Podle amerického Centra pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC) si ve

Spojených státech amerických mezi lety 1998 a 2007 améba vyžádala nejméně 33 lidských životů, většina obětí se nakazila během rekreačního koupání. Podobně tomu bylo i v letech 1968–1978 na Novém Zélandu. V geotermálních pramenech se tehdy nakazilo minimálně 8 lidí, všichni nemocí podlehl.

(Zdroj: Wikipedia)

800 521 521  
www.kb.cz



Vyberte  
si kartu  
ve skvělé  
kondici

## Zlatá firemní karta

- prestižní karta  
s exkluzivní péčí  
a službami

fincentrum  
  
Banka roku  
2011

NA PARTNERSTVÍ ZÁLEŽÍ



 NEJLEPŠÍ BANKA 2012  
CENA HOSPODÁŘSKÝCH NOVIN

## AKTUALITY / FARMABYZNYS

# Tiotropium významně snižuje výskyt exacerbací u astmatiků

Výsledky studií fáze III PrimoTinA-asthma, které byly prezentovány na letošním kongresu European Respiratory Society (ERS), ukázaly, že tiotropium významně snižuje exacerbace astmatu u pacientů, u kterých i po léčbě nejnižší dávkou IKS/LABA přetrvávají příznaky astmatu.

Tiotropium zároveň významně zlepšilo plicní funkce u symptomatických astmatiků léčených pomocí IKS/LABA. „Výsledky předčily naše očekávání. Předpokládali jsme, že přidáním tiotropia k běžné léčbě dojde ke zlepšení plicních funkcí, takže významné snížení rizika exacerbací nás překvapilo – zvláště když uvážíme, že všichni

pacienti už byli v režimu optimální udržovací léčby podle směrnicGINA,“ uvedl hlavní autor obou studií profesor Huib A. M. Kerstjens z Univerzity lékařského centra v nizozemském Groningenu.

Studie PrimoTinA-asthma jsou dvě dvojité zaslepené klinické hodnocení s paralelními skupinami, do nichž byli zařazeni astmatici

s postbronchodilatační hodnotou  $FEV_1 < 80\%$  n. h. a skóre dotazníku pro hodnocení kontroly astmatu  $\geq 1,5$  během užívání nejnižší dávky IKS/LABA. Celkem 912 pacientů bylo randomizováno do follow-up období 48 týdnů, během kterého užívali tiotropium 5 µg dávkováné pomocí inhalátoru Respimat nebo placebo.

## Zlepšení plicních funkcí

K předem stanoveným koprírním cílovým parametrům plicních funkcí patřila maximální a minimální hodnota  $FEV_1$  měřená po 24 týdnech léčby. Po přidání tiotropia dávkováného pomocí zmíněného inhalátoru došlo po 24 týdnech k významnému zlepšení plicních funkcí, jež bylo následně zjištěno také po 48 týdnech léčby.

V souvislosti se třetím koprírním cílovým parametrem bylo pro předem stanovenou kombinovanou analýzu výsledků obou kli-

nických hodnocení zjištěno, že přidání tiotropia souviselo s 21% snížením (poměr rizik /HR/ = 0,79; p = 0,03) doby do první těžké exacerbace (stavy vyžadující nasazení systémových kortikosteroidů po dobu nejméně 3 dnů). Přidáním tiotropia dávkováného pomocí inhalátoru Respimat dále došlo ke snížení rizika jakékoli exacerbace astmatu definované jako významné zhoršení příznaků nebo snížení vrcholové výdechové rychlosti (PEF)  $> 30\%$  po dobu  $> 2$  dny o 31% (p < 0,0001).

Zároveň bylo v jedné z klinických studií zjištěno významné zlepšení kontroly astmatu a kvality života související s astmatem (hodnoceno pomocí dotazníků ACQ a AQLQ) a ve druhé klinické studii byl pozorován trend směřující ke zlepšení kontroly astmatu. (akt)

## Krátce z farmabyznysu

### ÚOHS posuzuje další akvizici Penty

Úřad pro ochranu hospodářské soutěže (ÚOHS) se začal zabývat další zamýšlenou akvizicí finanční skupiny Penta. Ta chce od německého koncernu Celesio AG koupit distribuční společnost Gehe Pharma Praha. Tu by měla v budoucnu ovládat firma Aitor one, jež patří Pentě. Rozhodnutí ÚOHS by mělo být známo do měsíce.

V současnosti na úřadě probíhá i další správní řízení související s aktivitami skupiny Penta, jež se týká převzetí lékárenského řetězce Lloyds. Společně s Gehe Pharma za něj Penta společnosti Celesio zaplatí 84,5 milionu eur (asi 2,1 miliardy korun). (Zdroj: ČTK)

### Abbott Laboratories chce koupit ruskou farmafirmu

Americká farmaceutická společnost Abbott Laboratories oznámila, že má zájem převzít ruského výrobce léčiv Petrovax Pharm. Firma již podala žádost na ruský antimonopolní úřad, a pokud bude schválena, bude znamenat největší akvizici v ruské historii. Abbott Laboratories by se navíc stala jedinou farmaceutickou společností, jež by vlastnila ruský výrobní koncern. Petrovax Pharm byl založen v roce 1996 skupinou ruských vědců specializujících se na vakcínu proti chřipce. (Zdroj: Apatkyář)

### Sanofi spolupracuje s massachusettskou nemocnicí

Společnost Sanofi podepsala smlouvu na dvouletou spolupráci s Massachusettskou všeobecnou nemocnicí (MGH), v rámci které chce „prohloubit výzkum, jehož cílem je najít nové léčebné možnosti pro hematologické malignity a solidní tumory“.

Obě zainteresované strany se dohodly, že budou sdílet „vědecké poznatky, vědecko-výzkumný potenciál a zdroje nutné k uskutečnění projektu“. Podle Jeffreyho Engelmanna z Onkologického centra při MGH se onkologický výzkum v současnosti nachází v kritickém bodě a „kreativita a inovativní myšlení, jež vzejde ze vzájemné spolupráce mezi akademickou půdou lékařských center a farmaceutickým průmyslem, může pomoci přeměnit nejnovější poznatky a nápady ve vývoj konkrétního léčiva“. (Zdroj: Pharma Times)

### Roche se zaměří na nedoslýchavost

Farmaceutický gigant Roche podepsal spolupráci s investiční skupinou Versant Ventures a biotechnologickou společností Inception Sciences, jejímž účelem je najít možnosti léčby percepční nedoslýchavosti. Projekt s názvem Inception 3 se zaměří především na možnosti ochrany a regenerace buněk vnitřního ucha.

„Na základě významného pokroku v porozumění biologických procesů souvisejících se vznikem percepční nedoslýchavosti jsme se v této oblasti rozhodli pro externí spolupráci s jedněmi z nejlepších světových vědců, podnikatelů a investorů,“ okomentoval dohodu ředitel Roche Neuroscience Luca Santarelli. (Zdroj: Pharma Times)

Připravila: Květa Havlová

## CHMP podpořila bevacizumab v léčbě rekurentního karcinomu vaječnicků

Evropská Komise pro humánní léčivé přípravky vydala pozitivní vyjádření k použití bevacizumabu v kombinaci s chemoterapií (karboplatina a gemcitabin) v léčbě žen s rekurentním karcinomem vaječnicků citlivým vůči platině.

Karcinom vaječnicků je ve světě každoročně diagnostikován téměř 240 tisícům žen. Přibližně 140 tisíc z nich pak na onemocnění umírá. Vykazuje tak nejvyšší úmrtnost ze všech gynekologických nádorů.

### Povzbuzující zpráva

Pokud k návratu karcinomu dojde po více než 6 měsících od dokončení posledního cyklu chemoterapie s platinou, je nemoc označována jako citlivá vůči platině. Studie fáze III OCEANS prokázala, že ženy právě s tímto druhem karcinomu, jež jsou léčeny kombinací bevacizumabu (Avastin) s chemoterapií a následně samotným bevacizumabem,

žijí v porovnání s pacientkami léčenými samotnou chemoterapií významně déle bez progresu.

„Pozitivní vyjádření CHMP je povzbuzující zprávou pro ženy s rekurentním karcinomem vaječnicků, protože v léčbě tohoto onemocnění byl v poslední dekádě zaznamenán jen malý pokrok,“ uvedl ředitel oddělení vývoje léků společnosti Roche dr. Hal Baron. Povolení léčby žen s rekurentním onemocněním je dalším významným krokem poté, co byl bevacizumab v loňském roce registrován k léčbě žen s nově diagnostikovaným karcinomem vaječnicků. CHMP podpořila užití bevacizumabu v kombinaci s karbo-

platinou a gemcitabinem k léčbě dospělých pacientek s první rekurencí epitelového nádoru vaječnicků, vejcovodů či primárních nádorů pobřížnice, pokud dosud nebyly léčeny bevacizumabem, jiným inhibitorem VEGF (vascular endothelial growth factor) nebo lékem cíleným na receptor VEGF.

Bevacizumab je ve výše zmíněné kombinaci podáván celkem v 6–10 cyklech a následně samostatně až do progresu onemocnění. Doporučená dávka bevacizumabu činí 15 mg na kilogram tělesné hmotnosti 1x za 3 týdny ve formě nitrožilní infuze.

(akt)

## GSK chce zveřejňovat více informací o studiích

Společnost GlaxoSmithKline oznámila, že plánuje zvýšit transparentnost svých klinických studií. V budoucnu totiž hodlá o těchto testech uveřejňovat více informací.

Jak uvedl výkonný ředitel GSK Andrew Witty, společnost umožní vědcům „přístup k detailním informacím, které tvoří podklad pro výsledky klinických studií schválených léčiv i experimentálních látek, jejichž výzkum byl přerušeno“. Zájemci o data zašlou společnosti oficiální žádost, jež

bude z odborného hlediska posouzena nezávislou komisí. Pokud bude schválena, vědci získají přístup na zabezpečenou internetovou stránku.

Podle GSK tak odborníci budou moci podrobně zkoumat potřebné informace, případně je pro svou práci doplňovat poznatky vze-

šlých z jiných studií a provádět na základě toho další výzkum. Farmaceutická společnost rovněž deklarovala, že v budoucnu chce publikovat výsledky všech svých klinických testů, a to „nezávisle na jejich výsledcích“, v renomovaných odborných časopisech.

(Zdroj: Pharma Times)

(kha)

# Důležitá informace pro žadatele o klinické hodnocení

Státní ústav pro kontrolu léčiv upozorňuje předkladatele žádostí o klinické hodnocení na povinné informace v předkládané žádosti a změny v aplikaci.

Formulář „Clinical Trial Application“ je elektronicky zpracován do Evropského registru klinických hodnocení (EudraCT) a české databáze klinických hodnocení. Pro zajištění plynulého zpracování informací je nutné dodržovat standardizovaný typ zápisu dat v jednotlivých polích. Z tohoto důvodu upozorňujeme žadatele

o klinické hodnocení na některé požadavky a zároveň i plánované úpravy ve formuláři:

- 1. Jazyk užívaný v žádosti** – celou žádost je nutné vyplnit v anglickém jazyce. Výjimku tvoří pouze:
  - název studie, který požadujeme vyplnit jak v anglickém, tak v českém jazyce (v bodě A.3 žá-

dosti se funkcí „Add language“, která je označena zelenou ikonou se symbolem „+“, přidá český jazyk),

- názvy center (v sekci C), jež se vyplní pouze v českém jazyce.
- 2. Funkce „xml konverze“** – starší verze na verzi 8 bude na stránkách EudraCT dostupná pouze do konce tohoto roku. Po-

kud by byl i poté požadavek na konverzi, je nutné kontaktovat přímo ServiceDesk EudraCT.

**3. EVMPD integrace** – vyplňování aktivní substance do CTA ze seznamu registrovaných látek:

- Při vyplňování žádosti je při vyplňování použitých IMP nutné vyhledat danou látku

z nabízeného seznamu, jedná se o EudraVigilance Medicinal Product Dictionary (EVMPD), se kterým bude EudraCT propojena.

- V případech, že použitá látka ještě není do EVMPD zaregistrována, je nutné tak učinit. Tento krok je možné učinit i přímo přes odkaz na danou funkci v EudraCT: „Request that the new Substance will be added by EMA“. Zároveň je tak možné učinit pouze na vyžádání zadavatele, který navíc musí zadat i své kontaktní údaje a bližší informace o nové substance. Žádost by měla být EMA zpracována vždy během cca 3 pracovních dnů.

(Zdroj: SÚKL)

## Výzva k aktualizaci textů u léků obsahujících levodopu, agonisty dopaminu a inhibitory COMT

Státní ústav pro kontrolu léčiv vyzývá držitele rozhodnutí o registraci léčivých přípravků obsahujících agonisty dopaminu, levodopu a inhibitory COMT k aktualizaci textů doprovázejících tyto léčivé přípravky.

Levodopa a dopaminergní agonisté se od roku 1970 používají k léčbě Parkinsonovy nemoci. Levodopa se používá samostatně nebo v kombinaci s metabolytickými inhibitory, včetně inhibitorů COMT.

V roce 2006 Pracovní skupina pro farmakovigilanci (PhVWP) doporučila aktualizaci SPC přípravků obsahujících dopaminergní agonisty nebo levodopu v souvislosti

s rizikem rozvoje patologického hráčství, hypersexuality a zvýšeného libida v průběhu léčby Parkinsonovy nemoci. Schválené znění SPC také obsahovalo informaci o reverzibilitě symptomů po snížení dávky nebo po ukončení léčby. Léčivé přípravky obsahující inhibitory COMT měly v SPC podobné upozornění. Doporučený text však nebyl konzistentně implementován u všech přípravků.

V současné době jsou k dispozici další údaje o riziku vzniku impulzivních poruch (*impulse control disorders*, ICD) ze spontánních hlášení, publikovaných případů a studií. Tyto údaje naznačují, že může existovat souvislost mezi agonisty dopaminu a/nebo levodopou a některými impulzivními poruchami, jež nejsou uvedeny v textech všech přípravků, a že k těmto poruchám může dojít

i při léčbě v jiných indikacích, než je Parkinsonova nemoc. Mezi tyto impulzivní poruchy patří nutkavé nakupování nebo utrácení a záchvatovitě a nutkavě přejídání. Nutkavé nakupování, utrácení, záchvatovitě přejídání či nutkavé jedení nejsou uvedeny v SPC většiny přípravků. Dále jsou v současné době k dispozici údaje podporující možnost

rozvoje impulzivních poruch i při normálních terapeutických dávkách, nikoli jen při vysokých, jak se myslelo dříve. Na základě těchto údajů dochází k aktualizaci textů léčivých přípravků obsahujících agonisty dopaminu, levodopu a inhibitory COMT. Žádosti o změny v registracích by měly být předloženy do 15. 11. 2012 v souladu s § 33 odst. 1 a odst. 3 písm. d) zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech, ve znění pozdějších předpisů.

(Zdroj: SÚKL)

## 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 Merck Sharp & Dohme Ltd, Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Velká Británie, se z úrovně zdravotnických zařízení stahuje léčivé přípravky **Temodal**, por. cps. dur., 5x20 mg (číslo šarže: 1CA-PA040010), 5x100 ml (číslo šarže: 1DZAA18004), 5x140 mg (číslo šarže: 1PUAA01014), 5x180 mg (číslo šarže: 1MADA01016), 5x250 mg (číslo šarže: 1LTAA05001). Výše uvedené léčivé přípravky (tobolky balené do sáčků) se sta-

hují z důvodu chybného údaje v čárových kódech uvedených na vnějším obalu. Léčivé přípravky Temodal (tobolky balené do lahvíček) nejsou výše uvedeným opatřením dotčeny a jejich distribuce v České republice nadále pokračuje.

- Na základě opatření držitele rozhodnutí o registraci, společnosti STADA PHARMA CZ, s. r. o., se z úrovně zdravotnických zařízení stahuje léčivý přípravek **Silymarin AL 50**, por. tbl. obd., 100x50 mg (číslo šarže: 14901, 14902, 14903, 14904, 14905, 14906, 11249, 11250, 11251, 04646, 05047, 05048). Léčivý přípravek se stahuje z důvodu změny režimu výdeje, a to z léčiva na lékařský předpis na volně prodejné léčivé přípravky.

Dostupnost léčivého přípravku je i nadále zajištěna prostřednictvím verze s textem odpovídajícím výdeji bez předpisu. Jedná se o výrobní šarže: 21607, 21608, 21609.

- Na základě opatření držitele rozhodnutí o registraci, společnosti UCB Pharma GmbH, Monheim, Německo, se z úrovně zdravotnických zařízení stahuje léčivý přípravek **Perlinganit** roztok, inf. sol., 1x50 ml (číslo šarže: 5176304, 5176406, 5176602, 5235303, 5235310, 5252606, 5311004, 5311202, 5320603, 5320604, 5320608, 5320612, 5320708, 5331403, 5331405, 5364704, 5364711, 5379702, 5394101). Léčivý přípravek se stahuje z důvodu závady v jakosti: výsledek mimo limit specifikace v průběhu stabilitního zkoušení.

(Zdroj: SÚKL)

### Stahování vakcíny Infanrix Hexa

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 GlaxoSmithKline Biologicals S.A., Rixensart, Belgie, se z úrovně zdravotnických zařízení stahuje léčivý přípravek Infanrix Hexa, inj. plv. sus. 10x0,5 ml (číslo šarže: A21CB191B). Léčivý přípravek se stahuje z důvodu závady v jakosti – riziko potenciální mikrobiologické kontaminace.

#### Doplňující informace SÚKL

Před vstupem na trh se u všech vakcín vždy provádí nezávislá laboratorní analýza, která mimo jiné ověřuje kvalitu léčivého přípravku.

Stejný postup byl aplikován i u vakcíny Infanrix Hexa šarže A21CB191B. Testy provedené laboratoří v německém Ústavu Paula Ehrlicha potvrdily požadovanou kvalitu očkovací látky, a to i v oblasti sterility přípravku.

Daná šarže byla navíc testována rovněž Státním ústavem pro kontrolu léčiv, a to v květnu 2012. Provedené analýzy opět potvrdily nezávadnost vakcíny. V souvislosti s uvedením vakcíny Infanrix Hexa šarže A21CB191B na český trh nedošlo ke zvýšení počtu hlášených podezření nežádoucích účinků, neobjevily se ani žádné závažné neočekávané nežádoucí účinky. Veškeré podklady byly posouzeny odborníky Státního ústavu pro kontrolu léčiv a byly vyhodnoceny se závěrem, že nedošlo k ohrožení zdraví naočkováných pacientů.

(Zdroj: SÚKL)

# Britská velvyslankyně v Mezinárodním centru klinického výzkumu

Vedení Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně a Mezinárodního centra klinického výzkumu (FNUSA-ICRC) přijalo vzácnou návštěvu, britskou velvyslankyni v České republice J. E. Sian MacLeod. Hlavním společným tématem je těsnější britsko-česká spolupráce na výzkumu v oblasti kardiologie a neurologie.

## Vývoj biotechnologií i zobrazovacích metod

„Univerzity ve Velké Británii pat-

ří k nejlepším na světě. Jsme velmi rádi, že jsme v rámci projektu ICRC mohli navázat těsnou vědec-

kou spolupráci s předními britskými pracovišti. S londýnskou University College spolupracujeme na vývoji nových biotechnologií, umožňujících poskytnout pacientům náhrady tkání či orgánů pro transplantační programy. S Univerzitou v Dundee pak

v rámci evropského grantu pracujeme na vývoji nových technologií pro pokročilé zobrazování kardiiovaskulárního a nervového systému,“ ocenil spolupráci s kolegy z Velké Británie vedoucí lékař ICRC doc. MUDr. Tomáš Kára, Ph.D.

## Získat pro spolupráci další britské subjekty

„Odborníci z Velké Británie jsou zapojeni do vývoje FNUSA-ICRC a jsou mezinárodními koordinátory dvou z jedenácti výzkumných podprogramů ICRC. Věříme, že návštěva paní velvyslankyně nám umožní navázat a posílit spolupráci s dalšími předními britskými vědeckými pracovišti a také s průmyslovými partnery. Těšíme se, že výsledky našich společných výzkumů pomohou zlepšit lékařskou péči a poskytnou novou naději pacientům jak v České republice, tak ve Velké Británii,“ doplnil vizi spolupráce ředitel Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně Ing. Petr Koška, MBA. (red)



Tým ICRC a tým velvyslankyně. | Foto: archiv FNUSA

## Nemocnice Na Homolce používá šetrnější CT

Nemocnice Na Homolce používá při vyšetření pomocí počítačové tomografie software umožňující snížit dávku záření až na polovinu běžných hodnot.

„Výhoda softwaru spočívá v tom, že pacienta můžeme ozářit mnohem nižší dávkou oproti běžným přístrojům. Nejprve získáme snímky plné šumu, systém je však poté takzvanou iterací upraví tak, aby byly kvalitní a stejně čitelné jako snímky pořízené s obvyklou dávkou,“ popisuje radiolog MUDr. Bc. Martin Horák z radiodiagnostického oddělení Nemocnice Na Homolce, jež je jednou z prvních v Česku, kde se tento systém používá.

pravidelném vyšetřování. „Proto je možnost snížení radiace při CT vyšetření pro nemocného velmi důležitá, a to zvláště tehdy, podstupuje-li ho opakovaně. Někdy však tento fakt není dostatečně doceněn, lidé si často dost dobře neuvědomují škodlivost záření,“ podotýká primář radiodiagnostického oddě-

lení Nemocnice Na Homolce prof. MUDr. Josef Vymazal, DrSc. Právě vyšetření pomocí CT je podle Světové zdravotnické organizace, ale i Ústavu zdravotnických informací a statistiky jedním z největších zdrojů radiační zátěže v rozvíjených zemích. (Zdroj: Nemocnice Na Homolce) (kha)



Foto: Nemocnice Na Homolce

## Nedoceněný fakt

Díky softwaru Sapphire lze podle MUDr. Horáka například při vyšetření břicha či hrudníku snížit dávku potřebného záření v průměru ze 3 na 1,5 milisievertu. Použití takového CT tak snižuje riziko vzniku nemocí z ozáření při

## Národní telemedicínské centrum má velké plány do budoucna

Letos na jaře vzniklo v Olomouci Národní telemedicínské centrum (NTMC) jako odborné a vzdělávací centrum v oblasti eHealth, resp. telemedicíny. Vzniklo na půdě Interní kliniky – kardiologické FN Olomouc a LF UP ve spolupráci s partnery z řad univerzitních institutů, zdravotnických zařízení a technologických i vzdělávacích firem.

„Cílem centra je zastřešení různých aktivit z oblasti telemedicíny, zkoušení nových postupů, metod a technologií, jejich uvádění do klinické praxe, odborné vzdělávání, ale také zavádění nových inovativních metod do prostředí výuky lékařských a nelékařských oborů,“ říká otec myšlenky vzniku centra doc. MUDr. Miloš Táborický, CSc., FESC, MBA. Vznik centra byl podpořen především z finančních prostředků EU prostřednictvím realizace dvou projektů, jejichž cílem je posilování spolupráce v oblasti eHealth a implementace nejnovějších telemedicínských postupů do výuky lékařských oborů. „Rádi bychom těchto projektů využili zejména jako startovacího můstku, svou činnost ale chceme rozvíjet i jinými směry,“ doplňuje projektový manažer centra Ing. David Kula. Centrum již například pracuje na interaktivní učebnici kardiologie nebo zařazení do ev-

ropských referenčních center na poli telemedicíny.

Národní telemedicínské centrum v rámci spolupráce s partnery realizovalo již několik odborných akcí a seminářů zaměřených na praktické i teoretické aspekty telemedicíny nebo se prezentovalo na akcích určených široké veřejnosti. Vedle telemedicíny se centrum svými alternativními návrhy chce podílet na elektronizaci českého zdravotnictví.

Prvním z kroků v této oblasti je připravovaný seminář s názvem „eHealth 2012: Současný stav a perspektivy elektronického zdravotnictví v ČR“, který se bude konat dne 1. 11. 2012 v kongresovém centru IKEM v Praze. Jeho cílem je seznámit účastníky s aktuálním stavem elektronického zdravotnictví v ČR a nastínit možné perspektivy do budoucna. Více informací a registrační formulář najdete na: [www.ntmc.cz](http://www.ntmc.cz) (red)

## Uděleny Nobelovy ceny pro rok 2012

Letošní Nobelova cena za lékařství a fyziologii byla udělena britskému vědci Johnu Gurdonovi a jeho japonskému kolegovi Shinya Yamanakovi za buněčný výzkum. Také Nobelova cena za chemii pro rok 2012, jejímiž laureáty se stali Američané Robert Lefkowitz (na foto vlevo) a Brian Kobilka (vpravo), úzce souvisí s medicínou.

Robert Lefkowitz a Brian Kobilka byli Nobelovým výborem oceněni především za přínos v oblasti buněčné chemie, zejména za výzkum receptorů vázaných na G proteiny. Podle doc. MUDr. Jaroslava Blahoše, Ph.D., z Ústavu molekulární genetiky AV ČR se poznatky obou vědců navzájem doplňují. Zatímco Robert Lefkowitz se zabýval především fungováním G pro-

teinů (přenos signálů z vně buňky dovnitř, její reakce na tyto podněty), Brian Kobilka zkoumal G proteiny na



Foto: empdigital.com a msn.com

molekulární úrovni. Za objev G proteinů získali v roce 1994 Nobelovu cenu za lékařství a fyziologii Alfred G. Gilman a Martin Rodbell.

Podrobnější informace o letošních laureátech Johnu Gurdonovi a Shinya Yamanakovi, jejichž objev spočívá v tom, že dospělé buňky lze „přeprogramovat“ na kmenové pluripotentní, si můžete přečíst v aktuálních Lékařských listech 9/2012. (Zdroj: ČTK) (kha)



# Neuro 3 pro diagnostiku mozku a míchy

Lékařský tým Neuro 3 působící v rámci ICRC představil v Brně svůj program zaměřený na moderní diagnostické metody. Lékaři chtějí své matematické modely a data získaná z CT propojit s laboratorním modelováním v USA. Pokusí se například virtuálně zobrazit nervové dráhy míchy.

Cílem programu je využití moderních zobrazovacích metod při operacích mozku a míchy, v jeho rámci se neurochirurgové snaží o co nejšetnější operace s nižším poškozením mozku, a to jak u pacientů, kteří trpí mozkovými nádory, tak u nemocných s epilepsií. ICRC na těchto úkolech spolupracuje s Mayo Clinic a tamním týmem Bradleyho Ericksona.

## Rizika operace i přirozeného průběhu

„Cílem je dostat se na špičku ve výzkumu témat, jako jsou mozková aneurysmata, tedy cévní výdutě na mozku, a neurozobrazování. Druhou oblastí jsou traumata míchy,“ uvedl MUDr. Aleš Hejčl, Ph.D., z týmu ICRC. Mozková výdut' přitom podle něj není raritním problémem a týká se zhruba 5% populace. Riziko je-

jího prasknutí je sice málo pravděpodobné, ale pokud k němu dojde, polovina pacientů nepřežije a velká část přeživších doživotně trpí vážným postižením. Dříve se léčili hlavně pacienti, u nichž už k prasknutí výdutě došlo, v současnosti má polovina léčených a operovaných pacientů zjištěnou výdut' v rámci vyšetření kvůli jiným problémům. Lékaři tak nyní díky pokročilé diagnostice stojí při rozhodování o operaci na rozcestí. „Na jedné straně zvažujeme riziko, že kvůli prasknutí výdutě pacient zemře nebo ponese těžké následky, na straně druhé uvažujeme o riziku vlastního operačního výkonu. Jedním z cílů cévní neurochirurgie je selektovat pacienty s vysokým rizikem, u nichž je riziko operace nižší než riziko přirozeného průběhu, a stojí tedy za to je operovat,“ říká doktor Hejčl.

## Modelace krevního toku

Při takovém rozhodování mohou pomoci právě moderní zobrazovací metody, na něž se zaměřuje projekt Neuro 3. Jeho součástí je výzkum, který se snaží modelovat krevní tok ve výdutích a tím určit rizikové faktory.

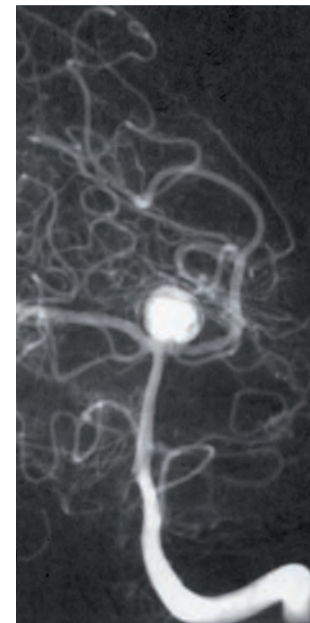
„Spolupracujeme i s matematiky a chceme těžit z možností laboratoře v USA, která se snaží ověřit výsledky na reálných modelech. Cílem této transatlantické spolupráce je využít našich matematických modelů a dat získaných na CT i laboratorního modelování v USA,“ popisuje spolupráci Aleš Hejčl.

## Virtuální zobrazení nervových drah míchy

Kromě mozkových výdutí tým ICRC zajímá i oblast léčení traumata míchy. V tomto případě se

snaží rozvíjet témata na čistě experimentální úrovni. „V rámci pokusných výzkumů míchy existuje celé spektrum terapií, zatím se ale žádná nedostala do běžné klinické praxe – ať už jde o kmenové buňky nebo implantace jiných biomateriálů. V rámci experimentální praxe nyní chceme dokázat zobrazit, co se v míše děje. Jedním z velkých témat je přitom takzvaná traktografie, kdy lze nervové dráhy virtuálně zobrazit, jak se to již provádí při diagnostice mozku. Získat něco podobného z míchy je ale zatím obtížné, naším cílem je tuto metodiku rozvinout s cílem přesně zjistit, které nervové dráhy jsou poškozeny,“ dodává MUDr. Hejčl.

Platforma ICRC se navíc podle něj snaží implementovat běžnou praxi z USA, kdy je vedoucí lékař zodpovědný nejen za péči o pacienty, ale současně je i lídrem vý-



Mozková výdut' arteria basilaris.

Foto: archiv MUDr. Aleše Hejčla

zkumného projektu a podílí se na výuce mladších lékařů.

David Daniel

Inzerce A121012517

## PROČ BY LÉKAŘ MĚL POTŘEBOVAT ALTERNATIVU?



### ŠKOLA TRADIČNÍ ČÍNSKÉ MEDICÍNY

Tradiční čínská medicína je nejnámější a nerozšířenější alternativním zdravotním systémem.

Přes všechny dnešní technologické a vědomostní pokroky, který charakterizuje medicínu dneška, se lékaři takřka denně s alternativní medicínou setkávají. Děje se tak z různých důvodů:

**V první řadě** – přes jakýkoliv stupeň rozvoje oficiální medicíny existovala, existuje a bude existovat skupina pacientů, která žádá v léčbě něco víc, nebo se nespokojí jedním navrženým postupem, má potřebu zvolit si léčebný postup a míru spolupráce sama anebo má zkrátka nedobrou osobní či rodinnou zkušenost s konvenčními postupy.

**Za druhé** – s rostoucím rozsahem poznání v medicíně dochází k její nevyhnutelné atomizaci na menší jednotlivé obory

a podobory. Nevyhnutelným následkem tohoto systému je nárůst počtu diagnóz, se kterými se pacient potýká a množství odborných lékařů, které navštěvuje. Tento fakt, sám o sobě snad pozitivní, však často vyvolává znejistění pacienta, který je zahlcen spoustou často protichůdných informací a nedostává se mu jednotného vysvětlení, aniž se mu dostává psychologické podpory, jak s nemocí naložit. Proto mnoho pacientů hledá něco, co by pochopili a v nejistotě vyhledávají alternativní vysvětlení, často typu maringotkového léčitelství. Lékař, který umí použít symbolického alternativního opisu zdravotního stavu a je schopen podat doplňkovou alternativní léčbu (aniž by přitom ztratil svou racionální tvář), stoupá v očích svého klienta. Dokáže jej totiž ochránit před psychickou stigmatizací z neporozumění svým nemocem a jejich probíhající léčbě, či před necitlivým a často emočně podbarveným „rozsudkem“ léčitele, který do dneška není vázán žádným kodexem, protože vlastně neexistuje.

**Za třetí** – patrně každý lékař je denně konfrontován s terapeutickým neúspěchem, přes použití všech lege artis postupů, které mu jeho medicínský obor nabízí. Asi si mnozí položili otázku:

„co by se s tímto stavem dalo ještě dělat a jaký postup by mohl zlepšit stav toho a toho klienta.“ V každém z nás je kus antropologa a badatele a není chybou či hříchem lékaře, podívat se, jak se s nemocemi prali jejich staří kolegové v dávné minulosti. Dnes jsme si bohužel zcela zvykli držet se pouze nejnovějších poznatků a často to, co je staré deset let, je již překonané a zastaralé. Je však překvapivě zajímavé a pro rozvoj lékaře často i inspirující ponořit se například do zkoumání léčebných postupů starých tisíce let a nejlépe seznamovat se s nimi bez předsudků a povýšenosti. Cíle tehdejších lékařů byly totiž zcela identické, jak cíle jejich dnešních kolegů a tehdy lékař zažíval stejné zklamání z neúspěchu a radost z pokoření nemoci, jako je tomu dnes. Mnohé postupy jsou překvapivě univerzální a použitelné i dnes.

**Za čtvrté** – vzhledem k životnímu stylu dnešní populace exponenciálně narůstá množství psychosomatických funkčních onemocnění, které se stávají skutečným postrachem ordinací praktických lékařů. Přes antidepressivní léčbu tato skupina pacientů často nenachází ztracenou kvalitu života a trápí sebe i své ošetřující lékaře dalšími a dalšími stesky. Pro tuto klientelu je ideální podporně podávaná alternativní léčba, na kterou tyto pacienti velmi dobře reagují.

### Za páté a významem neopřední

– povolání lékaře je značně rizikové. Po letech praxe a nervů s jejím provozováním se lékař často stává „shnilým milníkem, který správně ukazuje cestu jiným“. Kolik z nás prodělal burn-out syndrom, kolik z nás trpí různými funkčními nemocemi, kolik je chronicky unavených? Znalost alternativních metod, z nichž mnohé jsou velmi prospěšné pro prevenci a adaptaci na stres, může pomoci lékařům v péči o sebe sama, když vitamíny a minerály již nestačí.

**TCM INSTITUT** otevírá již sedmým rokem studium tradiční čínské medicíny – školu pěti dovedností. Srozumitelným a pro praxi zaměřeným stylem výuky, včetně návštěvy univerzitních nemocnic v Číně, seznamuje své posluchače s pěti hlavními metodami čínské medicíny – fytoterapií, akupunkturou, dietetikou, masážími tuina a energetickým cvičením qigong. Nebojte se podívat i jiným směrem, než se dívají ostatní! Vzdělávejte se v rozumném směru alternativní medicíny!

PŘÍPRAVNÝ ROČNÍK ZAHAJUJE  
21. ÚNORA 2013 V PRAZE

TCM INSTITUT™

E-mail: [seminare@tcminstitut.cz](mailto:seminare@tcminstitut.cz)  
Tel.: 222 075 282, 604 203 221, 603 201 686  
[www.tcminstitut.cz](http://www.tcminstitut.cz)

# Mamární diagnostici požadují adresné zvaní i větší kompetence

Asociace odborníků pro mamární diagnostiku ČR (AMA) vypočetla, že během 10 let trvání mamárního screeningu bylo zachráněno více než 10 tisíc žen. Ještě větší efektivitu by podle realizátorů mělo přinést adresné zvaní žen na prohlídku a zvýšení kompetencí vyšetřujících radiologů.

Z posledních validovaných informací za rok 2010, které byly zveřejněny v rámci datového auditu screeningu nádorů prsu, vyplývá, že v daném roce byla účast žen v českém screeningovém programu zatím nejvyšší. Vyšetření podstoupilo 538 495 žen. Bylo diagnostikováno celkem 6800 nových případů zhoubných nádorů prsu. Počet karcinomů v optimistickém stadiu činil 40 %. Více než 2800 žen s nálezem přišlo na vyšetření bez příznaku, tedy bez hmatného novotvaru, zde bylo v časném stadiu více než 70 % z nich, a 11,5 % dokonce ve stadiu, kdy ještě nedošlo k žádnému růstu a šíření (*carcinoma in situ*). Téměř 15 % tvořily nádory ve skupině tzv. neznámé (neměřitelné) velikosti. Prognosticky méně příznivých nádorů byly diagnostikovány téměř 4 tisíce.

## V Česku chybí adresné zvaní

Českému screeningu dosud chybí adresné zvaní a úplné diagnostické kompetence radiologů-mamodiagnostiků. „Účast českých žen pomalu a kontinuálně narůstala až do roku 2006, poté stoupla skokově, v rámci pilotního projektu adresného zvaní organizovaného VZP na přelomu let 2007 a 2008. Od té doby se účast zastavila na 51 %. Potvrzuje se tak zkušenost z ostatních zemí, že bez adresného zvaní nelze dosáhnout vyšší účasti a tím ani vyšší efektivitu programu. Všechny země, jež dosáhly účasti 80–90 %, mají program adresného zvaní zavedený: Švédsko, Nizozemsko, Finsko, Velká Britá-

nie, některé spolkové země v Německu, některé státy USA a Izrael. Další evropské země, jež mají i kratší historii screeningového programu, adresné zvaní zvažují. V Česku je podmínkou screeningového vyšetření žádanka praktického lékaře či gynekologa. Ta se již několik let jeví jako kontraproduktivní, neboť ke jmenovaným odborníkům nedocházejí všechny ženy,“ uvedla na konferenci „10 let screeningu nádorů prsu v Čechách“ zakladatelka českého screeningového programu Miroslava Skovajsová z Breast unit Prague – Mamma centra Háje.

Zároveň upozornila na fakt, že jen 45 % pražských žen se účastní mamografického screeningu, což obyvatelky hlavního města řadí na poslední místa mezi kraji České republiky. Například v Kraji Vysočina podstupuje mamografické vyšetření 70 % žen. „Tato nepříznivá skutečnost je dlouhodobým stavem, jak vyplývá z uveřejněných statistik za posledních 10 let. K dosažení optimálních výsledků ve snižování úmrtnosti na karcinom prsu je nutná co nejvyšší účast v preventivním programu, což by mělo odpovídat 80 až 90 procentům českých žen nad 45 let, jež by měly alespoň jedenkrát za 2 roky navštívit akreditované pracoviště mamární diagnostiky,“ navrhuje primářka Mamma centra Háje.

## Zodpovědnost za celou diagnostiku

Čeští radiologové-mamodiagnostici podle Miroslavy Skovajsové nemají dostatečné diagnostické

pravomoci, přestože jde o lékaře specializované na diagnostiku nádorů prsu a mají příslušnou atestaci. „U pacientek, jež přicházejí s některým s příznaků (například hmatná rezistence, vtažená kůže či krvácení z bradavky), nemohou provést speciální bioptická vyšetření (*core* biopsie a vakuové biopsie) a dokončit tak diagnostický proces u lézí podezřelých ze zhoubnosti. Tento krok jim totiž musí schválit gynekolog, praktik nebo i chirurg, který musí na vyšetření vydat žádanku. Lékaři se však brání vystavovat žádanky na další diagnostické kroky, neboť si „hlídají“ indukovanou péči a ne-

chtějí chápat, že bez jejich indikace radiolog výkon nesmí provést. Doplňující vyšetření pro stanovení diagnózy rakoviny prsu nebo její vyloučení indikuje lékař-radiolog, který je pro to specializován a pracuje v akreditovaném centru, přesto žádanku vypisuje lékař, jenž má o problému jen zcela bazální povědomost,“ poukazuje primářka Skovajsová na komplikaci, která celý diagnostický proces zbytečně prodlužuje a prodražuje. Nezřídka ho nelze dokončit – lékaři primární péče se obávají indukovat další výkony, neboť jim to komplikuje vyúčtování péče pojišťovněm.

Proto je podle Miroslavy Skovajsové nezbytné, aby radiolog, který je za konečnou diagnózu zodpovědný, mohl indikovat všechna nezbytná vyšetření a z jejich výběru se pak zodpovídal pojišťovně. „Pro akreditovaná centra jsou stanoveny jednoznačné diagnostické podmínky, podle nichž se radiologové musí řídit, jinak centrum přijde o akreditaci. Tím jsou jasně stanoveny kontrolní mechanismy, které regulují eventuální nadužívání diagnostických kroků při diagnostice prsní žlázy. Podle dodržování těchto kritérií jsou centra každoročně hodnocena, a pokud se pracoviště ocitne mimo nastavená kritéria, řeší s ním problém koordinátor odpovědný za kvalitu diagnostiky,“ popisuje kontrolní mechanismy primářka. **Petra Klusáková**

## Adresná zvaní zvýší účast vyšetření kolorekta o 30 %

Poslanec Evropského parlamentu za ČSSD Pavel Poc spolu s dalšími evropskými odborníky vyzval ČR, aby zintenzivnila účast na preventivním screeningu kolorektálního karcinomu adresným zvaním rizikových skupin. Sniží se tak náklady na léčbu a zvýší její úspěšnost.

Slova Pavla Poce zazněla na konferenci „Metodika, výzkum a efektivní vládní strategie – snižování důsledků rakoviny tlustého střeva a konečníku (CRC)“, kterou na půdě Evropského parlamentu uspořádal společně se zástupci Evropské gastroenterologické unie (UEG) a pod záštitou kyprského předsednictví Rady EU.

## Adresné zvaní uspoří miliardu ročně

Konference pro poslance Evropského parlamentu a úředníky Evropské komise představila přínosy efektivních screeningových programů CRC.

„Pokud jde o incidenci a mortalitu na kolorektální karcinom, Česká republika v pelotonu evropských států vede. Kdo jiný než my by tedy měl být předvojem i v kolorektálním screeningu. Ročně je u nás diagnostikováno 8500 nových pacientů s kolorektálním karcinomem, z čehož jsou neuvěřitelné 4 tisíce v pokročilém klinickém stadiu. Tito pacienti představují ekonomickou zátěž společnosti ve výši přibližně 4 miliardy korun. Anž bychom vytvářeli vzdušné zámky, jsme schopni snížit tuto zátěž minimálně o polovinu. Pokud bychom zvedli účast ve screeningu o 30 procent, což odpovídá možnému efektu zavedení adresného zvaní občanů

do preventivních vyšetření, pak bychom za tato vyšetření v Česku ročně platili o cca 60 milionů korun více. Tato částka je ale více než návratná do 5 let, kdy bychom tímto získali zpátky přibližně 1 miliardu korun za léčbu nádorů, kterým jsme přežili. Kdy jindy s tím začít než včera ráno,“ uvedl na konferenci zástupce české odborné veřejnosti, ředitel Institutu biostatistiky a analýz Lékařské a Přírodovědecké fakulty Masarykovy univerzity (IBA MUNI) Ladislav Dušek. Jeho slova podpořil také prezident UEG Colm O'Morain. „K překonání velice vážné situace v celé EU je nutný holistický přístup. Každý občan musí mít nejen možnost podstoupit preventivní screeningové vyšetření, ale zároveň by k účasti na screeningu měly být adresně vyzvány rizikové skupiny.“

## Myslet dopředu

Gastroenterologové z celé EU upozorňují plátce, tedy zdravotní pojišťovny, ale i politiky, že jsou připraveni zachránit řadu životů a ještě ušetřit finance. „Je potřeba myslet dopředu na více než jedno volební období. Pokud chce vláda snížit výdaje na zdravotnictví a zároveň i nadále snižovat četnost a následky to-

hoto onemocnění u obyvatel ČR, řešením je efektivní populačně založený plán preventivních vyšetření,“ dodal europoslanec Poc. V Německu jsou již tyto úspory součástí zdravotnického systému. Profesor Hermann Brenner z Národního centra pro výzkum rakoviny v Heidelbergu na konferenci uvedl, že za každého německého občana, který se účastní tamního screeningového programu, německý zdravotnický systém v konečném zúčtování ušetří 490 eur. Profesor Brenner nyní spolupracuje s týmem IBA MUNI a bude jedním z expertů, kteří budou pracovat na rozboru nákladů a benefitů screeningu kolorekta v Česku. Brněnský výzkumný tým pochválil také předseda výboru pro veřejné záležitosti UEG Reinhold Stockbrügger. „Jako ředitel Institutu biostatistiky a analýz Docent Dušek zásadní měrou přispěl k mapování rakoviny tlustého střeva a konečníku v Evropě. Jasná data, která nám on a další epidemiologové poskytli, představují nejpřesvědčivější argumenty pro politiky, aby urychlili implementovat preventivní screeningové programy a především tomuto onemocnění věnovali větší pozornost než doposud,“ uvedl v Bruselu Reinhold Stockbrügger. **(klu)**



Ilustraci foto: Shutterstock

# Overactive bladder a lékaři prvního kontaktu

Téma močové inkontinence dlouho zůstávalo na okraji zájmu klinického výzkumu i klinické praxe. Zásadní změna situace nastává s rozšířením možností farmakoterapie, účinné zejména v léčbě symptomů hyperaktivního měchýře a urgentní inkontinence.

Možnostem gynekologa i urologa první linie, ale i praktického lékaře při diagnostice a léčbě těchto potíží se věnuje přednostně pražské Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN prof. MUDr. Alois Martan, DrSc. Aspekty hyperaktivního měchýře (*overactive bladder*, OAB) byly hlavními tématy jeho přednášky na akci o. s. Europa UOMO CZ ([www.europauomo.cz](http://www.europauomo.cz)), jež se uskutečnila na konci září v Praze.

## Problém více než desetiny populace

Hyperaktivní měchýř a s ním spojená urgentní inkontinence je po stresové druhým nejčastějším typem inkontinence. Postiženým přináší významná omezení v pracovním i soukromém životě

a zhoršuje celkovou kvalitu života. Vzhledem ke stárnutí populace bude narůstat absolutní počet pacientů s tímto problémem (nejvyšší počty nemocných jsou ve věkové skupině nad 70 let), ale výjimkou nejsou ani mnohem mladší nemocní. Rizikovými faktory jsou obezita, opakované infekce dolních močových cest a také deprese – polovina žen s depresí trpí zároveň i OAB. „Prevalence OAB v celé populaci se odhaduje na 11 procent, už proto je nezbytné zapojení nejen specialistů, ale též lékařů primární péče při vyhledávání pacientů s OAB, uplatnění jednoduchých diagnostických algoritmů a zahájení léčby s pečlivým monitorováním účinnosti a bezpečnosti léčby,“ upozornil profesor Martan.

## Od ostychu k moderní terapii

Příznaky OAB jsou urgencye, případně inkontinence moči, zvýšená frekvence močení a nutnost močení v noci. Navzdory omezením, která jim tento zdravotní problém způsobuje, zatím řada pacientů s OAB aktivně nevyhledává lékařskou pomoc. Podle profesora Martana hraje roli jak stud (pacientky pokládají symptomy za přirozenou součást stárnutí, volí samoléčbu nebo si prostě neví rady), tak obavy z vyšetřovacího procesu, případně strach z chirurgické léčby. Nemocný často s vyhledáním pomoci čeká, podnětem k návštěvě lékaře někdy bývá až výrazné zhoršení příznaků nebo poruchy spánku a obavy, zda nejde o vážné onemocnění.

Dalším problémem je ale i fakt, že lékař se často sám aktivně na příznaky OAB nezeptá a nezřídka na tyto obtíže vůbec nemyslí. Někdy nezná stávající diagnostické a léčebné možnosti, protože jako lékař prvního kontaktu dosud ani neměl bezprostřední důvod se jimi zabývat.

## Stav diagnostiky a léčby OAB v ČR

Základní diagnostiku a nasazení léčby OAB zahajuje gynekolog nebo urolog v první linii určením symptomů. Při jejich zjištění kultivačně vyšetří moč, v negativním případě dá pacientce mikčnický deník a eventuálně dotazníky pro hodnocení typu a stupně obtíží. Gynekolog provede fyzikální vyšetření pacientky. Pak může

nasadit farmakoterapii a tu následně po 8 týdnech vyhodnotí. Pokud efekt není dobrý, pacientka je předána specialistovi. Urogynekolog po kontrole předchozích výsledků může určit speciální vyšetření (UZ, urodynamické vyšetření, reziduum moči, cystoskopii, uretroskopii). V případě potřeby může požádat o konzultaci další specialisty, například urology či neurology. Nyní odborné společnosti diskutují o postavení praktického lékaře v systému léčby.

## Zlepšit informovanost lékařů i pacientek

Svoji přednášku na téma OAB Alois Martan uzavřel několika zásadními a takřka programovými tezemi: „O problému je třeba hovořit a tím pomoci odstranit stud pacientky, zlepšit je potřeba informovanost pacientky o diagnostice a léčbě. Zlepšit je ale potřeba také informovanost lékařů o léčbě a diagnostice OAB. Terapii OAB je nutné začít u lékařů prvního kontaktu a zlepšit informovanost revizních lékařů pojišťoven o tomto problému.“

Jana Jilková

Inzerce A121013427



## Spasmed®

trospii chloridum

### Když močový měchýř nevydrží tlak\*

- \* častá potřeba močit<sup>4</sup>
- \* samovolný únik moči<sup>4</sup>

Neprostopuje hematoencefalickou bariérou = minimální ovlivnění CNS<sup>1,2,3</sup>

**Literatura:**  
 1. Todorova A, Vonderheid-Guth B, Dimpfel W. Effects of tolterodine, trospium chloride, and oxybutynin on the central nervous system. *J Clin Pharmacol* 2001; 41 (6): 636–644. 2. Diefenbach K, Aroló G, et al. Effects on sleep of anticholinergics used for overactive bladder treatment in healthy volunteers aged > or = 50 years. *BJU Int* 2005; 95 (3): 346–349. 3. Pietzko A, Dimpfel W, et al. Influences of trospium chloride and oxybutynin on quantitative EEGs in healthy volunteers. *Eur J Clin Pharmacol* 1994; 47 (4): 337–343. 4. Zinner N, Gittelman M, et al. Trospium chloride improves overactive bladder symptoms: a multicenter phase III trial. *J Urol* 2004; 171 (6 Pt 1): 2311–2315.

**Spasmed 15, Spasmed 30**  
**Složení:** Trospii chloridum 15 nebo 30 mg v 1 potahované tabletě. **Farmakoterapeutická skupina:** Spasmolytikum, anticholinergikum. **Indikace:** Symptomatická léčba syndromu hyperaktivního měchýře (overactive bladder – OAB) s projevy zvýšené frekvence močení, nykturie, urgencye a případně urgentní inkontinence. Reflexní inkontinence a jiné spastické stavy močového měchýře způsobené vrozeným či získaným spinálním onemocněním (hyperreflexie detruzoru); v případě poruchy synergie sfinkteru a detruzoru v kombinaci s intermitentní katetrizací. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Přípravek nesmí užívat pacienti s mechanickou stenózou gastrointestinálního traktu, pacienti s retencí moče na podkladě benigní hyperplazie prostaty nebo stenózy uretry, pacienti s glaukomem s úzkým úhlem, s tachyarytmií a s myastenii gravis. Přípravek není určen k léčbě dětí do 12 let. V graviditě a laktaci by měl být přípravek podáván jen tehdy, je-li to nezbytné nutné. **Nežádoucí účinky:** Vzhledem k celkovým parasymptolytickým účinkům trospia se může projevit sucho v ústech, dyspepsie, zácpa, bolest žaludku, nauzea, tachykardie, poruchy akomodace. **Interakce:** Přípravek může zesilovat anticholinergní účinek amantadinu, biperidenu, tricyklických antidepressiv, chinidinu, antihistaminik a disopyramidu, a potencovat tachykardii navozenou účinkem betasympatomimetik. **Upozornění:** Před zahájením léčby je nutné vyloučit zánet, hormonální poruchy nebo nádor močového měchýře jako příčinu nutkavého močení. Způsobem poruchy akomodace může přípravek nepříznivě ovlivnit činnost vyžadující zvýšenou pozornost (např. řízení motorových vozidel). **Dávkování a způsob podání:** Dávkování je určeno závažností onemocnění a odpovědí pacienta na léčbu. Doporučené dávkování pro Spasmed 15 je 3x denně 1 tableta (45 mg) a pro Spasmed 30 3x denně ½ tablety (45 mg) nebo 1 tableta ráno a ½ tablety večer (45 mg). Po přehodnocení individuální účinnosti a snášenlivosti se může po 4 týdnech denní dávka snížit na 30 mg nebo zvýšit na 90 mg. Maximální denní dávka 135 mg trospiumchloridu nesmí být překročena. Tablety se polykají celé a zapíjejí dostatečným množstvím tekutiny. Pokud je přípravek dobře tolerován, není délka léčby omezena, avšak nutnost pokračování léčby by měla být přehodnocována v pravidelných intervalech každých 3–6 měsíců. **Balení:** 30 a 50 tablet po 15 mg, 30 a 50 tablet po 30 mg. **Datum poslední revize textu:** 30. 9. 2009 (Spasmed 15) a 30. 11. 2011 (Spasmed 30). S podrobnějšími informacemi se seznámte v SPC. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků zdravotního pojištění. **Držitel rozhodnutí o registraci:** PRO.MED.CS Praha a. s., Telčská 1, 140 00 Praha 4, Česká republika.

# Existuje šetrná a účinná léčba bolestí pohybového aparátu?

„Snažím se naplňovat motto velikánů medicíny, kteří nám, svým následníkům, opakovaně vzkazovali, že úkolem lékaře není pouze léčit pacienta, ale skutečně jej vyléčit,“ říká **prim. MUDr. Eva Klimešová** z Centra komplexní medicíny v Českých Budějovicích, kde se zabývá revmatologií, interní a rehabilitační medicínou.

## Na jakém místě – co do frekvence výskytu v porovnání s ostatními – vidíte ve vaší ambulanci bolesti pohybového ústrojí?

V mé ambulanci tvoří bolesti pohybového aparátu 70 procent ze všech ošetřených pacientů. Jedná se o zánětlivá revmatická onemocnění, degenerativní onemocnění, poúrazové stavy, vrozené vady, například skoliózy, Scheuermannovu nemoc, vrozené dysplazie a další.

## Myslíte si, že je dnes bolest pohybového ústrojí dobře léčena? Obvykle je terapie postavena na podávání léků obsahujících například paracetamol, nesteroidní antirevmatika či kortikosteroidy. Předpokládám, že tyto léky používáte. Jaké vidíte výhody a nevýhody takové farmakoterapie?

V léčbě pohybového aparátu také používám klasickou farmakoterapii. Na prvním místě mohu jmenovat systémová nesteroidní antirevmatika (NSA), která jsou sice účinnými léčivými, bohužel je však jejich dlouhodobé podávání zatíženo vedlejšími nežádoucími účinky, z nichž nejvíce limitující jsou gastrointestinální obtíže, nefrotoxická a hepatotoxická. Proto je předepisují pouze v akutní fázi zánětu, a to jen po omezenou krátkou dobu. Například koxiby jsem ze své praxe zcela vyloučila poté, co se prokázalo jejich zvýšené kardiiovaskulární riziko. Samozřejmě, základem léčby u revmatoidní artritidy jsou choroby modifikující antirevmatické léky (DMARDs), antimalária, sulfasalazin a methotrexát. I zde víme o vedlejších účincích, a proto jsem velmi opatrná a dělám pravidelné kontroly. Je velmi těžké posuzovat, zda se dnes léčí dobře, nebo špatně, je to o zodpovědnosti každého lékaře, ale faktem zůstává, že se snažím aplikovat pouze takové léky, kde převládá léčivý benefit a nežádoucí účinky se vyskytují v co nejnižší míře. S ohledem na daný stav pacienta volím co nejšetrnější farmakoterapii. To

má samozřejmě i ekonomické dopady, protože tímto způsobem u svých pacientů minimalizuji léčbu iatrogenně navozených onemocnění.

## Z vašich slov je zřejmé, že v léčbě různých kloubních obtíží, bolestí zad a podobně – zejména u dlouhodobých bolestí – není jednoduché zvolit farmakoterapii tak, aby nakonec nad léčivými účinky nepřevládaly ty nežádoucí. Používáte ve své lékařské praxi nějakou novinku, jejíž účinky vás mile překvapily? Zkuste nám více přiblížit své zkušenosti.

Od roku 2010 používám v praxi v léčbě bolesti u nemocí pohybového aparátu prostředky FRM (fyziologické regulační medicíny). Je to inovativní přístup, *low dose medicine* (medicína nízkých dávek účinných látek), který pomáhá obnovit fyziologický stav nemocného organismu pomocí biologicky aktivních molekul, jež zdravý organismus produkuje v nanokonzentracích, to jest koncentracích tělu vlastních. Přípravky, které využívám, se vyznačují koncentrací účinných látek právě v tomto rozmezí.

Mezi zmíněné komunikační molekuly patří jednak neuropeptidy (komunikace v nervovém systému), cytokiny (molekuly v imunitním systému) a růstové faktory, jež mají regulující a stimulační účinek. Nemoc je vnímána jako změna v koncentraci komunikačních molekul – jedná se o zvýšené nebo snížené množství těchto molekul, které lze normalizovat na fyziologickou úroveň podle terapeutických algoritmů *low dose medicine*, na nichž jsou založeny příslušné léky.

Kupříkladu bolestivé stavy jsou v naprosté většině charakterizovány převahou prozánětlivých cytokinů. Systémově používám perorální formu, například Guna-Flam, Guna-Arthro, Osteobios či Guna-Matrix, tedy léky, které obsahují regulační či protizánětlivé cytokiny v minimál-



ních, respektive nanogramových množstvích. Uvedenou systémovou léčbu kombinuji s lokálními injekcemi Guna MD, a to jednak do kloubů, jednak subkutánně v místech maximální bolestivosti (MD-Neural, MD-Ischial, MD-Neck, MD-Shoulder a další).

## Když jste uvedla MD injekce, nedávno jsem na konferenci zhlédl vaši kazuistiku, kde jste v závěrečné zprávě uvedla: „Pacientovi byl aplikován 10x MD-Neural v bodech maximální bolestivosti. Pacient nadále pokračuje v RHB režimu a perorální aplikaci Guna-Matrix 2x 10 gtt. denně. Došlo k úplnému odstranění bolesti a ústupu parestezie prstů a zlepšení hybnosti C páteře. Odmítl neurochirurgickou operaci, protože nemá žádné problémy.“ O jaký případ se jednalo? Můžete více popsat použité léky?

Jednalo se o pacienta, který měl řadu let bolesti krční páteře a trpěl paresteziemi prstů. Jako poslední možnost před hrozící neurochirurgickou operací chtěl vyzkoušet léčbu pomocí FRM, kterou jsem popsala v předchozí odpovědi. Pacienta jsem vyšetřila, určila příčinu, zavedla RHB režim, nasadila perorální terapii Guna-Matrix 2x 10 kapek (= biotransformace a ekrece ex-

nobiotik prostřednictvím extracelulární matrix) a Osteobios 2x 10 kapek (= ovlivnění kostního metabolismu s následnou regenerací kosti). Pacientovi jsem subkutánně aplikovala 10 ampulí MD-Neural podél C páteře v bodech maximální bolestivosti.

Po nasazení léčby začal výrazně snižovat původní analgetickou a protizánětlivou farmakoterapii (užíval kombinaci paracetamolu se slabými opioidy a maximální dávku nesteroidních antiflogistik), jejichž dávky již nešlo zvyšovat z důvodu překročení maximálních denních dávek. I to sehrálo roli v nasazení FRM léčby, protože u pacienta již dávky farmakologické léčby nešlo dále zvyšovat a nechtěl dodržovat terapii z důvodu gastrointestinálních nežádoucích účinků. Nasazení dalších léčiv (gastroprotektiv) již odmítl.

Plynulý přechod na FRM byl provázen postupným snižováním dávek analgetik (a s tím souvisejícím snižováním rizika gastrotoxicity) až na plně převedení pacienta na perorální formu přípravků fyziologické regulační medicíny, kterou snáší bez jakýchkoli obtíží, na rozdíl od původní analgeticko-antiflogistické léčby. V současnosti je stabilizován a dochází 1x měsíčně na kontrolu, je plně compliantní s nasazenou léčbou a těší se

takové zdravotní kondici, která mu umožňuje normální styl života a návrat ke koníčkům z dřívějších let.

## Mimo jiné trpěl 10 let trvající intenzivní bolestí hlavy a de facto totální zlepšení nastalo po 10 MD injekcích, to vše bez nežádoucích účinků. Informace, že se objevila léčba bolestí pohybového aparátu, kde jednoznačně převládá benefit pro pacienta, zní velmi nadějně. Čím si to vysvětlujete?

Benefit pro pacienta je založen na dlouhodobosti trvání účinku MD injekcí oproti krátkodobému účinku obtížů lokálním anestetikem nebo v porovnání se systémovými nežádoucími účinky po terapii kortikoidy. Dobrá snášenlivost bez vedlejších účinků a okamžitá úleva, to je jednoznačný benefit dosažený léčbou jdoucí po příčině bolestivého stavu, za kterým mnohdy stojí chronický zánět.

## Tato otázka souvisí s předchozí: Máte takových pacientů, kterým jste aplikovala MD injekce s dobrými výsledky, více? Co bolesti zad, respektive nejběžnější lumbago („houser“)?

Aplikují MD injekce u akutních a chronických obtíží pohybového aparátu, s MD injekcemi řeším problémy s celou páteří, klouby i revmatická onemocnění. A výsledky jsou nad očekávání. Tyto injekce evidentně působí analgeticky a také zpevňují ochablé stabilizační systémy kloubů (takzvaný *bioscaffold*). Lokálně podaný kolagen v přípravku přispívá k odstranění bolestivé tenze svalstva v dané oblasti, posiluje šlachy, vazy, kloubní pouzdra, zlepšuje profil kolagenových vláken a následně i veškerých anatomických struktur, ve kterých je kolagen přítomen.

U bolestí zad se samozřejmě uplatňuje řada zmíněných účinků, používám trojkombinaci MD-Lumbar, MD-Neural a MD-Muscle. Celkově mám za 2 roky zhruba 700 pacientů úspěšně léčených MD injekcemi, čímž se mi v klinické praxi potvrdila i vynikající snášenlivost a tolerance těchto přípravků, hlavně u pacientů s predispozicí ke gastropatiím, hepatopatiím či nefropatiím.

## NOVINKY VE FARMAKOTERAPII

### Pacienti si musí Guna-MD injekce platit, protože nejsou hrazeny z prostředků všeobecného zdravotního pojištění. Není to pro ně problém?

Ano, MD injekce nejsou hrazeny z prostředků všeobecného zdravotního pojištění. Ve většině případů to však pro pacienta problém nepředstavuje, jelikož tato léčba stojí řádově stokrát méně. S výsledkem jsou spokojeni i proto, že doplátky na palety léčiv, která běžně užívají pro léčbu bolesti, mnohdy dosahují velkých částek a zasahují do ekonomické situace stárnoucích lidí. Jde pouze o rozhodnutí, do kterého typu léčby budou své peníze investovat. Nadto se jedná o terapii, u které výrobce doposud nepozoroval nežádoucí účinky ani alergické reakce. Osobně také oceňuji, že ji mohou nasadit u warfarinizovaných pacientů, což u NSA není možné, jelikož jsou u těchto nemocných kontraindikovány.

Často kombinujete MD injekce se systémovými léky Guna-Flam a Guna-Arthro. Můžete tento postup ilustrovat na nějakém případu z praxe a po-

### psat případné výhody zmíněné kombinace?

Ráda kombinuji léky Guna-Flam a Guna-Arthro z důvodu výborného efektu. Guna-Flam obsahuje nanomolární koncentrace cytokinů, respektive protizánětlivých interleukinů, a Guna-Arthro nanomolární koncentrace růstových faktorů, jež regenerují kloub. V každém bolestivém kloubu se tvoří zánětlivé metaloproteinázy, které jsou zdrojem synovitidy, a dále dochází k zánětu okolních struktur kloubu. Proto jsou uvedené preparáty zásadní, jelikož postihují nejen příznaky, ale také příčinu. Vítězí klinický efekt, což je šetrná léčba, kterou mohou používat dlouhodobě.

**Absolvovala jste v Praze hned několik seminářů s profesorem Milanem a docentem Lobertim, italskými neurology, kteří mimo jiné pracují s MD injekcemi. Čím vás tato edukace obohatila a co byste nyní chtěla předat dalším kolegům tak, aby mohli nové informace využít ve své praxi?**

Zvláště mě oslovil profesor Leonello Milani. Potvrdil mi myš-

lenku, že základem úspěchu v terapii pacienta je jeho správné vyšetření. Jen tak lze zjistit příčinu a zvolit správnou kombinaci léčby. Zjistila jsem, že většinu pacientů zvládám pomocí léků FRM, jak jsem popsala výše. Po dvou letech praxe v oblasti FRM mohu potvrdit, že kombinace systémové perorální a lokální injekční léčby, kterou střídám dle příznaků, je ideální a většinou mi umožňuje nahradit či postupně vysadit běžnou analgetickou léčbu, jež se při dlouhodobém podávání při chronických onemocněních stává závažným zdrojem nežádoucích účinků a iatrogeně navozených chorob.

**Vzájemné komunikace mezi obory není nikdy dost. Nechci příliš zjednodušovat, ale když vezmu například tolik oblíbené obstrukce lokálním anestetikem (u bolesti zad a podobně), přeci jen jde pouze o úlevovou „terapii“, jejíž účinek netrvá dlouho. Tak zní farmakologická pravda, ne vždy v praxi zřejmá. Mají například i zde MD injekce své využití?**

V praxi jsem obstrukce Mesocainem nahradila MD injekcemi,

a tudíž jej nepoužívám. Lokální anestetikum má krátkodobý účinek a tomu odpovídající krátký terapeutický efekt, což vyplývá z jeho mechanismu účinku i velmi krátkého biologického poločasu, tedy farmakokinetiky trimekainu. Jedná se o blokádu vedení nervového vzruchu, což si terapeuticky můžeme dovolit jen krátkodobě. S MD injekcemi mám přesně opačné zkušenosti – působí dlouhodobě a jejich léčivý účinek přetrvává. Vysvětlení je opět nasnadě – kolagenem vyvolaný restrukuralizační efekt má dlouhodobé působení a přetrvává i po vysazení léčby. Opět je výhodou nulový alergizující potenciál, který je jinak tolik známý a diskutovaný u lokálních anestetik.

**Co byste na závěr vzkázala všem kolegům v ordinacích, kteří léčí bolesti pohybového aparátu u svých pacientů?**

V léčbě pohybového aparátu je několik přístupů a ošetřující lé-

kař se musí rozhodnout sám, kterou metodu či farmakoterapii zvolí. Já se rozhodla pro metodu léčby složitější, ale efektivnější, která léčí příčinu nemoci, nikoli pouze symptom. Pacient se dříve a dlouhodoběji zbavuje bolesti a dříve se i navrací k normálnímu způsobu života. Naplní se motto velikánů medicíny, kteří nám, svým následníkům, opakovaně vzkazovali, že úkolem lékaře není pouze léčit pacienta, ale skutečně ho vyléčit. V praxi se mi potvrzuje, že s výše uvedeným způsobem léčby se mi toto přání a motto mých profesních předchůdců daří naplňovat. To přispívá k mému pocitu profesionální satisfakce a radosti z práce, kterou dělám.

*Zpracování dané problematiky je součástí edukačních aktivit podpořených v rámci projektu Popularizace zdraví - Po.Zdrav.*

PharmDr. Zdeněk Procházka  
Edukafarm



# FYZIOLOGICKÁ REGULAČNÍ MEDICÍNA V TERAPII BOLESTI

Přípravky:  
MD-Neck  
MD-Neural  
MD-Thoracic  
MD-Lumbar  
MD-Ischial  
MD-Shoulder  
MD-Small Joints  
MD-Hip  
MD-Poly  
MD-Muscle  
MD-Matrix  
MD-Tissue  
MD-Knee



Informační servis zajišťuje společnost INPHARM,  
CZ: tel.: +420 241 432 133, inpharm@inpharm.cz  
SK: tel.: +421 250 221 606, inpharm@inpharm.sk

Benefity:

- ✓ Nežádoucí účinky nebyly pozorovány
- ✓ Bez lékových interakcí
- ✓ Kombinace s analgetiky vede ke snížení jejich spotřeby, a proto i ke snížení nežádoucích účinků



### Oblasti použití:

Výše uvedené přípravky pomáhají zmírnit bolest a zlepšit pohyblivost zpomalením fyziologické degenerace kloubů a přidružených tkání, a to vždy v té oblasti, pro kterou jsou určeny. Zároveň zmírňují poškození způsobená stárnutím, nesprávným držení těla, průvodními chronickými onemocněními, poraněními a úrazy.

**Statut:** zdravotnický prostředek (medical device).

**Pozn.:** Pro lékaře je k dispozici Manuál léčby bolesti s Guna MD přípravky. Obsahuje nejen způsob použití, dávkování a aplikační body pro jednotlivé indikace, ale také příkladové kasuistiky. Manuál je dostupný na vyžádání zdarma u společnosti INPHARM.

# Movember neboli vousáči v ulicích

Již od roku 2003 se každý rok v listopadu neholení muži mnoha zemí světa snaží sloganem „Changing the face of men's health“ upozornit na svůj knír a zvýšit tak povědomí o problematice rakoviny prostaty. Karcinom prostaty je nejčastějším nádorovým onemocněním u mužů.

Změnou tváře/pohledu na mužské zdraví může každý muž dát svému okolí vědět, že existuje akce Movember, a povzbudit tak ostatní, aby aktivně dbali o své zdraví. Movember CZ je českou mutací celosvětové kampaně pro prevenci rakoviny prostaty, varlat a na podporu mužského zdraví. Letos se jedním z mnoha partnerů stala **Mezinárodní federace asociací studentů medicíny** (*International Federation of Medical Students Associations, IFMSA*).

IFMSA byla založena v roce 1951 v Kodani. Jejím posláním je zprostředkovat studentům medicíny možnost poznat způsob poskytování zdravotní péče v různých zemích světa, objevit sociálně-kulturní rozdíly a načerpat zkušenosti pro své budoucí povolání. V České republice je IFMSA reprezentována organizací IFMSA CZ, která působí na všech lékařských fakultách v ČR.

Letošní listopadová kampaň se z ulic Prahy rozšíří po celé republice a připojí se tak k celosvětovému hnutí Movember.

## I want you for Movember

### Co možná nevíte o karcinomu prostaty (CaP):

- Karcinom prostaty je druhý celosvětově nejčastěji diagnostikovaný zhoubný nádor.

- Karcinom prostaty je celosvětově šestou nejčastější příčinou úmrtí na nádorové onemocnění u mužů.

- Každý dnes narozený chlapec v České republice má 16% pravděpodobnost, že onemocní karcinomem prostaty.

- Každý dnes narozený chlapec v ČR má 3% pravděpodobnost, že zemře na karcinom prostaty.

- Karcinom prostaty je vyléčitelný pouze ve velmi časném stadiu

(nádor lokalizovaný na prostatu), tedy ve stadiu zcela bezpříznakovém.

- PSA (prostatický specifický antigen) je nejsenzitivnější onkologický marker současné medicíny.

- Karcinom prostaty v rodinné anamnéze zcela zásadně ovlivňuje pravděpodobnost vzniku karcinomu prostaty u vašeho pacienta

**Prostatický specifický antigen (PSA)** je glykoprotein specifický pro prostatickou tkáň, nikoli pouze pro karcinom prostaty. Jeho hladina je výrazně závislá na věku muže a velikosti prostaty. Senzitivita vyšetření PSA klesá s věkem muže.

### Co to je PSA velocita (PSAV)

Jedna hodnota PSA nemusí být pro diagnózu karcinomu prostaty nikterak nápomocná, daleko důležitější je vývoj PSA v čase.

**Příklad:** 46letý muž s PSA 0,9 ng/ml po roční kontrole s PSA 2,1 ng/ml je stále zcela ve fyziologickém rozmezí hladiny PSA, ale jeho PSAV bylo  $\geq 0,75$  ng/ml/rok, což se senzitivitou cca 70% svědčí pro karcinom prostaty. (PSAV  $\geq 0,75$  ng/ml/rok = senzitivita 70% pro CaP).

### Rizikové faktory pro vznik karcinomu prostaty

1. **Věk:** Faktor, který neovlivníme (prevalence CaP mezi 60 a 70 roky věku celosvětově činí 33–50%).
2. **Rasa:** Výrazně vyšší riziko onemocnění CaP je pozorováno u Afroameričanů (nejde o specifický problém ČR).
3. **Rodinná zátěž:** Tzv. hereditární CaP (u 3 členů rodiny nebo ve 3 generacích po sobě či u 2 příbuzných ve věku pod



55 let) – pravděpodobnost výskytu karcinomu vzrůstá ze 16 na 50%! Rodinná anamnéza je klíčový prediktivní faktor pro možnou diagnózu CaP.

### Současný pohled na CaP

#### Stav diagnostiky a léčby – aneb mýty a pověry:

- **CaP je karcinom vyššího věku.**

Toto je bezpochyby pravda (prevalence u 80letých mužů dosahuje cca 80%), ALE pouze mizivé procento z těchto mužů CaP ohrozí na zdraví či životní prognóze.

- **Vyšetření per rectum odhalí CaP.**

Ano, digitální rektální vyšetření vede k diagnóze CaP s vysokou pravděpodobností u stadií T3 a T4, u zkušených „rektálních vyšetřovatelů“ i u stadií T2, ALE 90% karcinomů prostaty je v současnosti diagnostikováno na základě zvýšené hladiny PSA.

- **Vyšetření per rectum má bezesporu stále své místo v klinické praxi.**

Nejen v případné diagnóze CaP a posouzení velikosti prostaty, ale i pro zhodnocení jiných patologií dosažitelných digitálním vyšetřením v terminální části tlustého střeva (kolorektální karcinom, kde Česko zaujímá celosvětově 1. místo).

- **Stadia T3 a T4 jsou léčitelná, nikoli však vyléčitelná!**

Spoléhat se tedy pouze na vyšetření per rectum při diagnostice CaP je totéž jako nabízet hypotéku bez možnosti bydlení v nemovitosti, na kterou si ji berete.

- **Pacienti, kteří mohou nejvíce profitovat z časně diagnostiky CaP, mají životní prognózu 10–15 let nebo více.**

Jinak řečeno, CaP je karcinom vyššího věku, ALE pacienti ve věku 45+ jsou ti, kterým můžeme nejvíce pomoci.

- **Pouze stadia CaP lokalizovaná na prostatu, tj. T1 a T2, jsou vyléčitelná, s ohledem na rychlost progresu CaP je však má smysl léčit pouze u pacientů s životním výhledem 10–15 let nebo více.**

Jinými slovy CaP T1–2 u 75letého muže je pro nás „nezajímavý“, protože stejně s nejvyšší pravděpodobností nezkrátí jeho životní prognózu, zcela jiná situace je ovšem u muže 45letého! Z tohoto pohledu je strategie zdravotních pojišťoven, které hradí test PSA pouze u mužů nad 50 let, a to maximálně 1x za 2 roky, zcela nelogická.

- **Pokud chceme používat náš nejdokonalejší onkologický marker smysluplně,** je třeba provádět PSA pravidelně 1x ročně od 40 let věku u mužů s pozitivní rodinnou anamnézou nebo (v Česku výjimečně) u pacientů černé rasy. U těchto pacientů je důležité vztahovat hodnotu k věku, nikoli k „absolutní normě“ 4 ng/ml, a zejména sledovat PSA velocitu ( $\geq 0,75$  ng/ml/rok).

- **S ohledem na demografický vývoj v ČR** a stále rostoucí průměrný věk české populace bude CaP stále častějším onemocněním běžné klinické praxe.

- **Pokud přivedeme každého muže staršího 40, resp. 45 let do ambulance alespoň 1x ročně z důvodu kontroly PSA,** můžeme mužské populaci, která o své zdraví pečuje daleko méně než ženská polovina naší populace, nabídnout i některá další základní vyšetření, na něž muži „nemají čas“ (jako například kontrolu TK, lipidového profilu, glykemie) a takto snad alespoň trochu napomoci zlepšení zdravotního stavu mužské populace v ČR.

- **Stejně jako má každá žena svého gynekologa, měl by mít i každý muž starší 45 let svého urologa,** a to nejen z důvodu výskytu možného CaP, ale také proto, že i další urologické malignity, jako třeba renální či urotelový karcinom, společně s CaP představují více než jednu polovinu všech zhoubných nádorů u mužů.

Changing the face of men's health... Movember dává šanci na změnu mužského zdraví.

MUDr. Viktor Vik  
urolog

Závislost PSA na věku

0,00–2,5 ng/ml (40–49 let)	velmi senzitivní detekce
0,00–3,5 ng/ml (50–59 let)	senzitivní detekce
0,00–4,5 ng/ml (60–69 let)	sporná senzitivita
0,00–6,5 ng/ml (70–79 let)	nesenzitivní detekce

# Movember vás vítá v Sezóně knírů

Inspirováni ženami, které jsou již dlouhodobě aktivní v boji proti rakovině prsu, začali i pánové vytvářet globální mužské hnutí – kampaň k prevenci rakoviny prostaty, varlat a na podporu mužského zdraví obecně.

## Kde se zrodil Movember?

Nápad vznikl v roce 2003 u piva v Melbourne v Austrálii. Byl jednoduchý – vrátit zpět na scénu knír a při tom udělat také něco pro mužské zdraví. V roce 2003 se nevybraly žádné peníze, ale pánové zjistili, jak ohromný potenciál má knír k tomu, aby vyprovokoval rozhovor o mužském zdraví.

Inspirováni ženami, které jsou již dlouhodobě aktivní v boji proti rakovině prsu, pánové začali vytvářet globální mužské zdravotní hnutí. V roce 2004 se kampaň zaměřila na zvýšení povědomí a prostředků na boj s rakovinou, která muže postihuje nejvíce. Od té doby se slovo Movember a osvěta o zdraví mužů rozletěly do celého světa. Movember CZ je českou mutací celosvětové kampaně

k prevenci rakoviny prostaty, varlat a podporu mužského zdraví obecně.

## Vousáci v ulicích

Symbolem a podstatou celé akce je mužský knír, jednak jako projev mužnosti, ale také jako nástroj a projev účasti. Podporující muži (tzv. MO-bratři) se na počátku listopadu neliší od valné většiny mužů s hladce oholenou tváří. V průběhu následujícího měsíce bez holicích potřeb dojde ke zcela zásadní proměně jejich tváře. Toto počínání zcela pochopitelně vyvolá četné otázky v jejich okolí, ať již v rodině, na pracovišti nebo mezi přáteli.

A právě během listopadu každý MO-bratr (nejen lékař, ale každý muž) může změnit pohled na mužské zdraví. Okolí oknírova-

ného či neoholeného muže se dozví, že existuje Movember, že karcinom prostaty je nejčastější mužský nádor, že jedinou šancí na vyléčení je časná diagnóza, stejně jako i u ostatních nádorových onemocnění, a že péče o vlastní zdraví má zcela zásadní význam.

## Mluvicí billboardy

MO-bratři pomáhají změnit pohled na zdraví mužů tím, že se stávají chodícími a mluvicími billboardy po 30 listopadových dní. Svými činy a slovy v soukromí i na veřejnosti vyvolávají zájem o často opomíjené téma, tedy o zdraví mužů.

Pravidla Movember jsou jednoduchá. Prvního listopadu se na webových stránkách [Movember.cz](http://Movember.cz) muž s čistě vyholenou tváří zare-



gistruje a po zbytek měsíce si pečlivě pěstuje knír. Každá odpověď na neodvratnou otázku „Co tě to s tím knírem napadlo?“ znamená rozšíření informace o tomto hnutí. Tím se vousáč vlastně stane chodící reklamou upozorňující na tuto zákeřnou nemoc. Zapojit se mohou samozřejmě i ženy, a to nejen finanční podporou, ale

i motivací svých kamarádů a známých. Na konci měsíce pak pro MO-bratry a MO-sestry sociální síť [Lidé.cz](http://Lidé.cz) uspořádá velkolepou party v pražském klubu SaSaZu, kde se kromě jiného bude volit i letošní král Movemberu. Výtěžek z kampaně jde na podporu globálního výzkumu rakoviny prostaty.



Karcinom prostaty je vyléčitelný pouze ve velmi časném stadiu (lokalizovaném na prostatu), tedy zcela bezpříznakovém.

Každý dnes narozený chlapec v ČR má 3% pravděpodobnost, že na karcinom prostaty zemře.

Každý dnes narozený chlapec v České republice má 16% pravděpodobnost, že onemocní karcinomem prostaty.

Karcinom prostaty je celosvětově šestou nejčastější příčinou úmrtí u mužů na nádorové onemocnění.



## Co možná nevíte o karcinomu prostaty...

Prostatický specifický antigen (PSA) je nejsenzitivnější onkologický marker současné medicíny.

Karcinom prostaty je druhý celosvětově nejčastěji diagnostikovaný zhoubný nádor.

Karcinom prostaty v rodinné anamnéze zcela zásadně ovlivňuje pravděpodobnost vzniku karcinomu prostaty u vašeho pacienta.

# Hospicová péče – standard, nebo luxus?

## Mobilní hospicová péče je v ČR značně imobilní

Ve financování paliativní péče došlo po více než desetiletém boji o zrovnoprávnění oboru k dalšímu pozitivnímu kroku. Do sazebníku výkonů byly zařazeny dva kódy zdravotních výkonů mobilní paliativní péče. Situaci okolo poskytování tohoto typu péče však ztěžuje přístup VZP.

**O**dborná paliativní veřejnost se konečně domohla zařazení definice paliativní péče v domácím prostředí pacienta do zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. V Sazebníku výkonů pro loňský rok (vyhláška č. 411/2011 Sb.) jsou také čerstvě definovány dva nové kódy – č. 80051, tedy první vyšetření a zavedení paliativní péče lékařem u pacienta v terminálním stavu v domácím prostředí, a č. 80052, který zahrnuje vyšetření pacienta lékařem specialistou v oboru paliativní medicíny v domácím prostředí.

I přes legislativní zakotvení ustulo poskytování domácí paliativní péče ve svém vývoji. Dokladem stagnace v tomto odvětví paliativní péče je korespondence předsedy České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP (ČSPM) Ladislava Kabelky (který je zároveň primářem Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě) s ředitelem Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) Pavlem Horákem. ČSPM se dlouhodobě snaží zaplnit prázdné místo v nabídce zdravotních služeb pro nevléčitelně nemocné, a to v prostoru mezi péčí v lůžkových zařízeních, praktickým lékařem a agenturami poskytujícími *home care*. Pojišťovna považuje domácí paliativní péči o pacienty v posledních týdnech života za pokrytou klasikou domácí ošetrovatelskou péčí (*home care*).

### Ať pokryto či ne, data chybí

„Péče o tyto pacienty je zabezpečena současnou sítí smluvních zařízení domácí zdravotní péče, jejichž péči v tomto případě indikuje

ošetřující lékař při hospitalizaci, ošetřující lékař ambulanti péče nebo registrující praktický lékař. V případě potřeby zajišťuje péči o tyto pacienty registrující praktický lékař. Zdravotní péče o pacienty v terminálním stadiu v domácím prostředí je v současné době zabezpečena,“ reaguje ředitel Pavel Horák na požadavek ČSPM, aby byla tato péče, jak umožňuje zákon, nasmlouvána poskytovateli terénní paliativní péče.

Jeho slova aktualizuje také vyjádření mluvčího VZP Jiřího Roda: „Pro všechny v zákoně uvedené typy paliativní péče je stávající síť našich smluvních partnerů dostatečná a v letošním roce neuvažujeme o rozšiřování její kapacity,“ sdělil naší redakci Jiří Rod, který ale připouští, „že aktuálně probíhající restrukturalizace lůžkové péče přinese strukturální změny stávající sítě smluvních partnerů, včetně sítě poskytovatelů zvláštní ambulanti péče“.

Argument ředitele Horáka je pro zástupce paliativců nepochopitelný. „Není v moci *home care* agentur a praktických lékařů, kteří specializovanou paliativní péči neposkytují a nemohou být k dispozici 24 hodin denně, aby těmto pacientům potřebnou péči zajistili. A také to nekonají. Tyto pacienty předávají k hospitalizaci,“ oponuje takovému přístupu Ladislav Kabelka, který se naopak domnívá, že domácí paliativní péče zajištěná není a navíc podle něj k takovému tvrzení chybí studie, která by dostatečné pokrytí podpořila, ačkoli se ČSPM takové studie v pojišťovny dlouhodobě dožaduje.



Foto: Domov Pod střechou

### Kvalita poskytování péče domácími agenturami

„Žádáme, aby byla navázána smlouva se zařízeními domácí péče, která se problematikou paliativní péče v domácím prostředí systematicky zabývají. Jsme přesvědčeni, že by ze strany zdravotní pojišťovny měla být požadována spolupráce ambulanti péče odbornosti 720 (paliativní medicína) a zařízení ošetrovatelské odbornosti v daném místě jako podmínka pro uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou. Jedině tato reálná spolupráce garantuje komplexní – tedy lékařskou i ošetrovatelskou – paliativní péči,“ informuje o svých požadavcích primář Kabelka.

Je to reakce na pochybnosti, které vyvstávají z poskytování paliativní péče *home care* agenturami, kde nefiguruje lékař s paliativní specializací a není ani možno zajistit dostupnost lékaře 24 hodin denně 7 dní v týdnu. „Pro poskytování tohoto typu léčby je základem právě lékař jako člen paliativního týmu. Ten garantuje mobilní paliativní péči její faktickou odbornost, přidanou hodnotu oproti *home care*, odkud se pacient při zhoršení stavu stejně přesouvá do nemocnice, buď na LDN, nebo na akutní lůžko. Argument pojišťovny o pokrytí péče o tyto nestabilní pacienty na konci života prostřednictvím *home care* spolu s praktikem selhává ve chvíli, kdy si představíme, že by pacienti mobilních hospiců byli místo lékaře paliativní péče ošetřováni praktikem. Praktický lékař by musel mít 24hodinovou službu, ve dvě ráno jet na návštěvu

k umírajícímu, odbíhat z ordinace v době ordinčních hodin, kdykoli o víkendu, a to i při malé hustotě pacientů. To žádný praktik dlouhodobě dělat nemůže. V Cestě domů je tato služba v týdnu pokryta šesti lékaři,“ říká předsedkyně Hospicového sdružení Cesta domů a jeho bývalá ředitelka Martina Špinková.

### Likvidace mobilní hospicové péče?

VZP na svých internetových stránkách informovala, že kromě lůžkové hospicové péče je z veřejného zdravotního pojištění hrazena také domácí paliativní péče, a to na základě lékařské indikace potřeby této péče a jejího rozsahu. „Příslušné zařízení domácí péče musí prokázat, že jeho personál je odborně připraven takovou péči poskytovat. Pro poskytování domácí péče existuje samostatná smluvní odbornost ‚sestra domácí zdravotní péče‘,“ říká mluvčí pojišťovny Jiří Rod a připomíná, že již v roce 2010 vznikl signální kód 06349 (ošetrovatelská péče o pacienta v terminálním stadiu), kdy je povolena a pojišťovnou hrazena taková frekvence návštěv ošetřujícího personálu u pacienta, jak to vyžaduje jeho zdravotní stav, tedy například více než 3x denně v průběhu celých 24 hodin, včetně sobot, nedělí a svátků. O kódech 80051 a 80052 ani zmínka.

Navíc VZP nově nasmlouvala signální kód 06349 ani ošetrovatelským agenturám domácí péče. Jedna ze zástupkyň poskytovatelů ošetrovatelské péče v západočeském regionu Pavla Andrejkivová

k tomu říká: „*Home care* agentury měly na čas kód pro poskytování paliativní péče nasmlouvaný. Na pacienta vycházely tři návštěvy denně, ve spolupráci s revizním lékařem pojišťovny jsme někdy na tento kód usmlouvali až pět návštěv. Od letošního roku to však už neplatí, na tento kód již s námi pojišťovna smlouvu neuzavřela. Stejně jsou na tom i všechny ostatní ošetrovatelské subjekty v západočeském kraji. V republice jde o vzácné výjimky, kterým by tato péče zůstala u VZP nasmlouvána,“ upřesnila Pavla Andrejkivová s tím, že pokud takovou paliativní péči poskytují, hradí si ji z kódů klasických ošetrovatelských návštěv, které také předepisuje praktický lékař. Z několika mobilních hospiců, které u nás fungují (v Praze, Brně, Ostravě), nebyl tento kód nasmlouván ani jednomu.

### Léčba bolesti

Podle Martiny Špinkové se praktici s úmrtím doma setkávají minimálně, a proto tuto péči nemohou umět. V Praze vychází z jednoho praktického lékaře jedno až dvě úmrtí doma ročně. „Stejný názor jsme zaznamenali i na nedávné konferenci v Drážďanech – i zde panoval názor, že si praktici nemají kde paliativní péči trénovat a nejsou ji schopni poskytovat. Samozřejmě, že praktik umí chodit na návštěvy domů, ale jeho práce je jiná, a to odborně i organizačně. Od dobrých praktických lékařů slyšíme, že neumí léčbu bolesti, léčbu symptomů. Za druhé si takovou práci neumí představit organizačně – že by opustili ordinaci, když umírající zrovna potřebuje, přitom právě non-stop dostupnost je základem péče mobilního hospice,“ namítá Martina Špinková.

Její slova z vlastní praxe potvrzuje i ředitel Hospice sv. Štěpána v Litoměřicích Pavel Česal. „Hospic si nyní zaregistroval ambulanci léčby bolesti. Máme zájem, aby pacienti v domácím prostředí v terénu tolik netrpěli bolestí. Praktičtí lékaři takový stav často neumí řešit nebo neřeší a posílají tyto pacienty do nemocnice. Na léčbu bolesti je zapotřebí recept s modrým pruhem, který si lékař musí vyzvednout na svém městském úřadě, jenž je tím pověřený. Když jsme zjišťovali, kolik lékařů si tyto recepty vyzvedlo, vyšlo najevo, že více než 50 procent



Foto: Domov Pod střechou



praktických lékařů si za celý rok takový recept nevyzvedne. Jasně tedy vidíme, že léčbu bolesti neprovádí, opíjaty nepředepisují,“ říká ředitel Česal.

Od ambulance léčby bolesti si slibuje jasné nastavení této terapie, čímž lze předejít hospitalizaci na akutním, ekonomicky náročnějším lůžku. Ani tento úsporný benefit pro pacienty v domácí péči však VZP neuznává. „Pojišťovna nám sdělila, že s ohledem na nedostatek prostředků pro příští období nechce rozšiřovat činnost, protože je to otázka dalších nákladů. Proto s námi smlouvu na tuto péči neuzavřela,“ popisuje Pavel Česal.

### VZP nechce levnější paliativní lůžka

Akutní lůžka, ať již na ně přichází pacient s neléčenou bolestí či doma umírající pacient z péče home care agentur, které při zhoršení své pacienty do lůžkových zařízení překládají, jsou několikanásobně dražší než lůžka paliativní. Ředitel Česal uvádí 3600 korun za ošetrovací lůžkoden v hospici, ještě méně – 1900 korun za den – vypočetl poskytovatel domácí paliativní péče Cesta domů.

Přesto VZP nepovažuje domácí paliativní lůžko za levnější variantu, která by ve výsledku snižovala náklady a v ekonomickém ohledu zasluhovala podporu. Samotné rozšíření takové péče je dle pojišťovny nákladem navíc, ať už by byla léčba – v poměru ke stávající – sebelevnější. „Cesta domů je velké zařízení, které činnost mobilní paliativní péče užívá z dotací a darů, ale nedovedu si představit, jak

by za takových podmínek fungoval malý regionální domácí hospic,“ říká Martina Špinková.

Domácí paliativní péči mají na krajském úřadě již od roku 2008 zaregistrovanou i v litoměřickém Hospici sv. Štěpána. „Smlouvu se nám nikdy nepodařilo uzavřít. Takže domácí péči oficiálně neprovzujeme – kde na to brát?! Na argument pojišťovny, že je na Litoměřicku domácí péče dostatečně pokrytá, jsme namítali, že přece nejde o hospicovou péči, pokud v ní nefiguruje paliativní lékař,“ poukazuje na patovou situaci Pavel Česal.

Přesto Hospic sv. Štěpána domácí paliativu ve výjimečných případech a v částečném rozsahu na území města poskytuje a vykazuje si ji v rámci vlastních nákladů. Vrchní sestra spolu s lékařem navštíví pacienta, konzultují s rodinou další postup, nabídnou pomůcky pro domácí péči a třeba dvakrát do týdne se u nemocného zastaví.

### Doplácíme na sociální aspekt umírání

Není to ale jediná překážka vyrovnaného hospodaření v segmentu lůžkové paliativní péče. V litoměřickém hospici dlouhodobě bojují s nedostatečným obsazením lůžek. Počet ošetrovacích dnů totiž stále klesá. Zástupci hospicové péče si stěžují na fakt, že nemocnice své pacienty do hospicových zařízení pouštějí nerady. I ony totiž pečlivě sledují míru obloženosti svých lůžek. „Mívali jsme obloženost 85 procent, teď bojujeme, abychom se dostali k 70 procentům. Je to pro-



Foto: Hospic sv. Štěpána Litoměřice

to, že k nám pacienti přicházejí na tak krátkou dobu. Zdravotnická zařízení je velmi často drží na svém lůžku, i když tito lidé projevují přání odejít do hospice. Pokud jsou k nám pacienti vůbec přeloženi, umírají velmi brzy po přijetí na hospicové lůžko. Není výjimkou, že člověk umírá v ten samý den, kdy je k nám přijat. V nemocnici pojišťovna na poslední chvíli platí těmto terminálním pacientům nákladná vyšetření jako třeba CT. V tomto ohledu je situace čím dál horší,“ stěžuje si Pavel Česal.

Zároveň připouští, že hospice doplácí právě na sociální aspekt umírání. „Zdravotní a sociální služby se u nás úzce prolínají. Ale od pojišťovny necítíme ani náznak spolupráce. Ze smířčích řízení odcházíme doslova zdrčení, znechucení, protože pojišťovna je nekompromisní. Paušál, v průměru ve výši 1300 korun na pacienta a den za zdravotní péči, kterou pojišťovna našim klientům proplácí, pokrývá zdravotní náklady sotva z 37

procent,“ poukazuje ředitel Česal na obecný fakt, kdy hospice musí před pojišťovnou často argumentovat odůvodněností zdravotní péče u pacientů, kde hrozí, že by jejich hospitalizace mohla být považována za sociální.

Argument pojišťovny, že když se pacient v hospici zlepší, přestane odpovídat definici terminálního stadia a nemá mu již být paliativní péče proplácena, hospic vyřešil zřízením sociálních lůžek v podkroví budovy hospice. „Podkroví jsme přestavěli tak, aby zde mohlo být osm lůžek sociální péče, kde jsou těmto pacientům nabízeny takzvané odlehčovací služby, částečně hrazené dotací ministerstva práce a sociálních věcí. Pokud by se jejich stav zhoršil, přeložili bychom je zpět do známého prostředí, kde jim bude opět poskytnuta hospicová péče,“ charakterizuje ředitel Hospice sv. Štěpána projekt, jehož realizace vyjde zhruba na 5 milionů korun. Polovinu již získal od dárců.

### Propojení Pod střechou

Zajímavé propojení domácí paliativní péče a sociálního zařízení lůžkového typu vzniklo letos v domově důchodců (DD) na Praze 2. Tato městská část usilovala o vlastní hospic. Nakonec ve spolupráci s Cestou domů vznikl v podkroví budovy DD Domov s hospicovou péčí Pod střechou, tedy zařízení lůžkové péče hospicového typu s několika málo lůžky, na nichž paliativní péči mobilně poskytují právě Cesta domů. Městská část financuje sociální péči a mobilní hospic s jejím přispěním péči zdravotní.

„Tento typ propojení služeb by mohl fungovat v menších městech. Lůžkové hospice v regionech bývají pro rodiny mimoměstských pacientů hůře dostupné, je nákladné postavit velký hospic,“ říká Martina Špinková, která stála u zrodu myšlenky Domu Pod střechou. „Projekt má ambici být pilotní, tedy nejen dobře pečovat o své pacienty, ale být i příkladem dobré praxe pro podobná zařízení v jiných částech naší republiky. Proto je poměrně bedlivě sledován odbornou společností, jsou průběžně konzultovány specifické postupy a prováděna srovnání s péčí v lůžkových hospicích. Podařilo se implementovat specializovanou paliativní péči formou mobilního hospice do zařízení sociálních služeb při zachování zásadních odborných standardů specializované paliativní péče.“

Pozn. red.: Průběžnou zprávu a komentář Martiny Špinkové k projektu Domov Pod střechou (celé znění) najdete na našich webových stránkách. Petra Klusáková

Inzerce A121013312

Kardiovaskulární oddělení FN Ostrava  
pořádá kongres

## I. KARDIOVASKULÁRNÍ DEN

na téma

Aktuality v kardiologii a angiologii pro praxi

Aula VŠB, Ostrava - Poruba, čtvrtek 1. 11. 2012



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST



PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)



## TÉMA ČÍSLA

# Pacienty nelitujeme, ale začleňujeme do života

„Námi poskytovaná léčba je komplexní, jednotlivé činnosti, které vedou ke zlepšení kondice nemocných s RS, musejí být provázané, pro pacienta příjemné a vedené úsilím dosáhnout příznivého léčebného efektu,“ říká **MUDr. Helena Gerhardtová**, vedoucí lékařka Domova svatého Josefa ve Dvoře Králové nad Labem, prvního lůžkového zařízení pro nemocné roztroušenou sklerózou mozkomíšni.



**Domov sv. Josefa je jediným zařízením zaměřeným výhradně na pacienty s roztroušenou sklerózou v celé republice. Co bylo důvodem jeho založení a kdy tato myšlenka vznikla?**

V červnu 2001 Kongregace sester Nejsvětější svátosti z Českých Budějovic darovala objekt bývalého jezuitského kláštera Oblastní charitě v Červeném Kostelci (tehdy Hospic Anežky České), která se rozhodla vybudovat útočiště pro lidi nemocné roztroušenou sklerózou mozkomíšni (RSM). Do té doby prakticky neexistovalo zdravotnické zařízení, které by umožnilo takto nemocným lidem absolvovat rekondiční a rehabilitační pobyty spojené s kvalitním sociálním zázemím. Tito nemocní byli při absenci rodinného zázemí většinou odkázáni na pobyt v léčebných dlouhodobé péče nebo v hospici.

**Proč nestačí jen podobně zaměřená oddělení ve velkých nemocnicích?**

Ve velkých nemocnicích na neurologických odděleních je většinou poskytována přechodná péče, zaměřená na pacienty s RSM ve fázi zhoršení stavu, s nasazením účinné terapie a následným propuštěním do domácí péče. Nebo tyto pacienti mohou být hospitalizováni na lůžkách následné péče, kde však leží nemocní s rozličnými chronickými diagnózami a nelze jim zajistit kvalitní komplexní péči specifickou právě pro dg RSM, i s ohledem na skuteč-

nost, že roztroušená skleróza postihuje převážně lidi v mladém a produktivním věku.

**Jaká je výhoda v úzce zaměřené péči o klienty s jednou diagnózou? V čem je to přínosné pro pacienty a v čem případně pro personál?**

Péče o pacienty se základní dg RSM má komplexní charakter – je samozřejmě zaměřená na odbornou ošetrovatelskou péči a rehabilitaci s tím, že musí splňovat individuální přístup ke každému pacientovi podle aktuálního zdravotního stavu a s přihlédnutím k dalším diagnózám, které se nezřídka vyskytují. Pacienti se do tohoto zařízení často opakovaně vracejí, což dle mého soudu působí příznivě na jejich zdravotní stav včetně psychiky, neboť již jdou do známého prostředí, vědí, co mohou očekávat, a stejně tak personál, který o ně po všech stránkách pečuje a zná jejich problémy a potřeby.

**Zatím stále platí, že roztroušená skleróza je nevléčitelná nemoc. Kolik nemocných u nás nyní žije a jaká je kapacita vašeho zařízení?**

RSM je nemoc chronická a zatím nevléčitelná, ale pokud je diagnostikována včas, lze zahájit odpovídající účinnou léčbu, která ji stabilizuje a zabrání její progresi. Takže nemoc je v současné době účinně léčitelná. V Česku žije 17–19 tisíc pacientů s RSM, více ohroženy jsou ženy. Za jedny

z hlavních rizikových faktorů se považují nedostatek vitamínu D a kouření (více žen pracuje v uzavřených prostorách, více žen kouří). V Domově máme v současné době dvě oddělení po 14 lůžkách, která pacientům slouží k absolvování zdravotně-rehabilitačního pobytu, 14 lůžek je pak vyhrazeno pro pacienty s trvalým pobytem, kteří postrádají stabilní a funkční rodinné zázemí.

**Jakou pomoc můžete svým klientům nabídnout? Co jim pobyt u vás přinese (po stránce medicínské, sociální nebo i duchovní)?**

Věříme, že pobyt v tomto zařízení prospěje celkovému zdravotnímu stavu nemocných. Léčba je komplexní, jednotlivé činnosti, které vedou ke zlepšení kondice, musejí být provázané, pro pacienta příjemné a vedené úsilím dosáhnout příznivého léčebného efektu. O nemocné s RSM pečují tým kvalifikovaných zdravotníků – sester, lékařů, rehabilitačních pracovníků, ošetrovatelů a dalších pracovníků včetně dobrovolníků. Naší snahou je zajistit takto postiženým lidem kvalitní zdra-

votní péči, pravidelnou léčebnou rehabilitaci, vodoléčbu, nácvik soběstačnosti, dopomoc při posazování, stojí a chůzi s využitím kompenzačních pomůcek, samozřejmě chceme pacientům pobyt také co nejvíce zpříjemnit a umožnit jim pobyt venku, v prostorách nádvoří nebo v přilehlém parku a blízkém okolí a s možností účasti na kulturních a společenských akcích v Domově i mimo něj.

**Neztrácejí lidé pobyt u vás kontakt se svým prostředím a blízkými?**

Během zdravotního pobytu mohou pacienti bez omezení navštěvovat jejich blízcí, rodina, přátelé a známí. Jsou s nimi také ve stálém telefonickém kontaktu.

**Sídlíte ve východních Čechách. Mohou se k vám přihlásit jen Východočeši?**

V současné době provozujeme zdravotnické zařízení tohoto typu jako jediní v České republice. Sídlíme sice ve východních Čechách, ale péče je dostupná na základě doporučení praktického nebo odborného lékaře pro všechny nemocné s dg RSM v naší zemi.



**Domov sv. Josefa pomáhá lidem. Jak mohou lidé pomoci jemu?**

Vítáme každou lidskou pomoc, ať formou finanční nebo materiální podpory, zejména pro každodenní práci a péči o pacienty je potřebná pomoc dobrovolníků, které si ceníme.

**Můžete svým klientům nějak předat i naději, že život, byť s nevléčitelnou chorobou, má stále svůj smysl a důstojnost?**

Jak jsem již zmínila v jedné z předchozích odpovědí, tato nemoc je sice nevléčitelná, ale léčitelná, a my proto musíme podporovat a získat pacienta v jeho úsilí léčit se všemi přijatelnými a dostupnými způsoby. Měli bychom pomoci nemocným v jejich začlenění do běžného života s ostatními lidmi, nelitovat je a chovat se k nim jako k sobě rovným. Musíme posilovat jejich víru a naději, že život má smysl, i když je svízelný, ale přesto je obohacuje o jiná poznání a úctu k životu a člověku jako takovému, což často my, zdraví lidé, nevnímáme.

Aleš Palán



3x foto: Domov sv. Josefa

# Péče o dárce vede k bezpečné plasmě i k nárůstu počtu dárců krve

Hlavním kritériem pro výběr dárců v pražském Dárcovském centru Chodov (DCCH) firmy Europlasma, s. r. o., je bezpečnost darované plazmy z hlediska možného přenosu infekčních nemocí na příjemce krevních derivátů. Benefitem pro dárce je spolupráce centra s IKEM, díky níž se ti, u nichž konfirmační testy potvrdí infekční hepatitidu, velmi rychle dostávají do vysoce kvalitní gastroenterologické péče a navíc jejich stav bude dlouhodobě sledovat DCCH.



ilustrační foto: Shutterstock

Důležitým faktorem bezpečnosti odebrané plazmy je kvalitní sérologické vyšetření na detekci krví přenosných infekcí. Nejčastější infekce přenosné krví, se kterými se setkávají i plazmaferetická odběrová centra, jsou hepatitidy typu C a B. Méně časté je zjištění syfilitidy a s infekcí HIV se zde lze setkat jen výjimečně. Z každého odběru je zaslán vzorek do centrální laboratoře firmy Baxter ve Vídni, kde jsou zachyceny všechny podezřelé nálezy. Zjištěné reaktivní

vzorky se dále ověřují konfirmačními testy, které potvrdí nebo vyloučí infekčnost plazmy, respektive dárce. Odebrané vzorky plazmy navíc v laboratořích firmy Baxter procházejí speciálním a velmi citlivým testem PCR. Zpráva o výsledcích je zpět v DCCH do týdne. Pokud je u některého zájemce či stálého dárce konfirmačními testy potvrzena infekční hepatitida, zajistí mu lékaři DCCH vysoce kvalitní následnou péči. Od letošního září v této oblasti navázali odbornou



spolupráci s lékaři gastroenterologické ambulance IKEM, kteří převzou infekční dárce k dalšímu sledování a poskytnou jim včasnou a odbornou léčbu moderními antivirovými preparáty.

Jana Jilková

## „Nemocniční“ versus „komerční“ odběry plazmy?

K práci plazmaferetického odběrového centra na pražském Chodově a novinkám v této oblasti jsme položili několik otázek lékařskému řediteli DCCH MUDr. Pavlu Valouškovi, MBA, a manažerce kvality DCCH MUDr. Lence Langrové.

**Nemocniční transfuzní centra, která zajišťují krev, plazmu a další transfuzní přípravky přímo pro transfuze pacientům, si dlouhodobě stěžují na nedostatek dárců. Proč za této situace v ČR vznikla i plazmaferetická odběrová centra?**

Tato centra vznikla, protože poptávka po plasmě na výrobu krevních derivátů je výrazně větší než nabídka transfuzních center u nás i v Evropě. Plazma z běžných odběrů plné krve svým objemem pokrývá necelou třetinu potřeb výroby nezbytných krevních derivátů. Proto obě dvě linie, „nemocniční“ i „komerční“ odběrová plazmaferetická centra, jejichž jedinou úlohou je zajistit dostatek plazmy jako suroviny pro výrobu léků, nesporně mají nárok na existenci.

Obě linie však také působí v rozdílných podmínkách včetně toho, že plazmaferetická centra pracují pro konkrétní farmaceutické firmy. Mohou si svoji činnost plánovat podle jejich výrobních potřeb. A samozřejmě u nich jde o činnost, která je ve

všech člancích výrobního a distribučního řetězce rovněž předmětem zisku. Pravdou je i to, že za účelem výroby léčiv se „česká“ plazma vyváží do zahraničí. V podobě léků se ale vrací zpět, a pokud by jich byl nedostatek, znamenalo by to velký problém i pro české pacienty.

Hlavním úkolem transfuzních oddělení je odběr červených krvinek pro pacienty. Musejí zajistit potřeby nemocnice, operační sály, řešit akutní situace – a to je zcela naplňuje a zatěžuje, nikdy nebudou mít prostor, aby se plánovitě zaměřila na odběr plazmy, ani to není jejich hlavní úkol.

**Co všechno zjišťujete při vstupních vyšetřeních dárců plazmy? Je to stejné jako u transfuzních stanic?**

Ano. Podléháme stejným předpisům. Navíc oproti nim jsou ale – díky farmaceutickým firmám – všechny odebrané vzorky kontrolovány testem PCR. Jde o zjišťování antigenu daného viru, je tak možno jej zjistit daleko dříve než na běžně vyšetřovanou



ilustrační foto: Shutterstock

protiřádkovou odpověď. Rozdíl je markantní – jde o otázku několika dnů oproti řádově týdnům až měsícům, kdy se vytváří protilátky. Bonus pro dárce i bezpečnost plazmy je z toho zřejmý. Nicméně i plazma, která projde tímto a dalším testováním, je před zpracováním minimálně 6 měsíců v karanténě.

**Kteří dárce jsou z vašeho hlediska „nejbezpečnější“?**

Ti pravidelní, trvalí. Odběr plazmy lze v Česku podstoupit jednou

za 14 dní, v sousedním Rakousku 50x ročně. Nicméně sám odběr trvá hodinu a nemusí na něj být poskytováno uvolnění ze zaměstnání a daňové úlevy, jako je tomu u dárců erytrocytů – a tak maximálně 400 Kč vyplácených za odběr plazmy dárce v DCCH nepokryje ani náklady za cestovné a čas.

**Jaký podíl ve zkoumaných vzorcích odebrané plazmy tvoří vzorky infekční?**

Ročně DCCH vyšetří až 5 tisíc nových zájemců a 70 tisíc vzorků darované plazmy, což jsou velmi vysoká absolutní čísla. Ze zájemců (první odběr ještě není „dárcovský“) i dárců zachytíme ročně průměrně 10 případů hepatitidy C, dva HBV a nyní jsme měli i HAV.

**Proč se nyní více zabýváte i otázkou kurativy infikovaných potenciálních dárců, a dokonce je dále sledujete?**

Samozřejmě i „běžné“ transfuzní stanice při diagnostikování hepatitidy pacienta postoupí k te-

rapii, ale nemají čas běžně ho dále sledovat. My na realizaci následné péče máme víc času než transfuzní oddělení nemocnic, i proto ji můžeme takto z kvalitovat. Gastroenterologická ambulance IKEM, s níž jsme navázali dlouhodobou spolupráci, se zabývá mimo jiné léčením hepatitidy typu B i C. Při záchytu pacienta přímo objednáme na ambulanci IKEM, nemocní tam přicházejí během několika dní. Léčby se jim dostane okamžitě, včetně nejmodernější – interferonem. S praktickým naplňováním spolupráce jsme začali před několika týdny a předali jsme už dva pacienty. Vývoj onemocnění těchto i všech dalších předaných pacientů budeme sledovat spolu s gastroenterologií.

**Spolupracujete i s nemocničními transfuzními odděleními?**

My dárce mimo jiné informujeme o jejich krevní skupině, v čemž jsme jediní. V souvislosti se zjištěnou krevní skupinou nabízíme spolupráci nemocničním transfuzním oddělením – zaměřujeme se přitom na dárce s krevní skupinou 0 Rh negativní a snažíme se je motivovat i pro darování erytrocytů, jako vstřícný krok k akutní medicíně. V databázi už máme na 300 takových dárců. Dárci reagují vesměs vstřícně – s tím, že kdyby již věděli, jak vzácnou krevní skupinu mají, transfuzním stanicím by ji nabídli...

# Když učení pomáhá léčit

Každoročně se po prázdninové přestávce otevírají odpočatým žákům tisíce škol v celé republice. Mezi nimi také ty, jež při nejlepší vůli nelze označit za běžná vzdělávací zařízení. Typickým příkladem je Základní škola při Dětské psychiatrické léčebně (DPL) v Opařanech, pravděpodobně nejstarší a největší školské zařízení tohoto druhu u nás.

Škola, která byla založena již roku 1926, vzdělává dětské psychiatrické pacienty a plně se přizpůsobuje jak jejich individuálním potřebám, tak režimu léčebny. Za loňský rok se v jejích lavicích vystříдалo celkem 370 žáků.

Pro běžného učitele by jen představa, jak to v takové škole chodí, mohla být noční můrou. Počet žáků zde neustále kolísá – v jarních měsících, kdy na dětský organismus začíná doléhat zátěž vzdělávacího procesu, bývají třídy oproti podzimu naplněné až dvojnásobně. Průměrný žák zde málokdy setrvá celý školní rok, většina pacientů stráví léčbou v Opařanech jeden až šest měsíců, a tak se kolektiv tříd neustále obměňuje a sociální vazby je třeba vytvářet stále znovu. Chlapci a děvčata přicházejí ze všech koutů republiky, z rozdílných sociálních vrstev a rodinných prostředí, ale především ze zcela různých škol, z nich každá má odlišný vzdělávací plán. Drtivá většina žáků se po ukončení hospitalizace v Opařanech vrací do svých kmenových škol, kde musí být schopni plynule pokračovat ve vzdělávacím procesu. Hlavní a vše prolínající charakteristikou práce učitelů je ovšem fakt, že pracují s dětmi s psychickým onemocněním, v některých případech kombinovaným se somatickými handicapem či mentální retardací různého stupně. U pacientů-žáků se pedagogové potkávají se všemi diagnózami napříč oborem a s různou šíří psychopatologie v rámci jednotlivých diagnóz.

Pedagogický personál musí podrobně znát projevy duševních poruch u dětí i ve vazbě na fázi onemocnění tak, aby bylo možné realizovat vzdělávací program s dítětem v různém stupni nemoci. Mimo specializovaná zařízení se často stává, že se psychopatologie, která jednoznačně patří k duševní poruše, zaměňuje za výchovné problémy, což dítě zásadně poškozuje na zdravotním stavu. Velká část žáků přichází z kmenových škol do školy při DPL Opařany s nižšími výkony, neboť nebylo přihlédnuto ke specifickým jejich potřebám ve vazbě na onemocnění, a protože kvůli projevům duševní poruchy, které je často vyčleňují, nemohli dosáhnout toho čeho žáci zdraví.

## S každým dle jeho potřeb

Je vůbec reálné zajistit pod jednou střechou vzdělávání pro inteligentní dvanáctiletou dívku, která je traumatizovanou obětí internetového zneužití, a zároveň pro chlapce se zrakovým i tělesným handicapem v kombinaci s autismem? „Každé z našich dětí je zdravotně handicapované a s každým pracujeme podle jeho možností a potřeb,“ vysvětluje ředitelka školy při DPL Opařany Mgr. Jarmila Drátovská. Proto pod hlavičkou této vzdělávací instituce pracuje v jedné budově nejen škola základní, ale také praktická a speciální. Škola navíc musí pokrýt široké věkové spektrum pacientů léčebny, od 3 do 18 let – a přestože institucionálně nezahrnuje ani mateřskou, ani střední školu, snaží se do vzdělávacího



Způsob vzdělávání je u jednotlivých pacientů určen jejich psychiatrickou diagnózou. | Foto: Martina Rehořová

procesu zapojit co nejnvhodnějším způsobem i předškolní děti a středškoláky, kterých jen loni bylo sedm desítek.

Žáci se do jednotlivých typů škol zařazují podle intelektu. Stejně jako v celém českém školství navštěvují děti s intelektem v pásmu normy školu základní. Praktická škola je určena pro žáky se sníženým intelektem, v pásmu lehké mentální retardace. Děti se středně těžkou, těžkou a hlubokou mentální retardací se vzdělávají ve speciální škole, kde jsou ještě dále rozděleni podle stupně a druhu postižení. Bez ohledu na výši intelektu jsou však všichni tito žáci především pacienti léčebny, kterým byly diagnostikovány například úzkosti, deprese, neurobiologické poruchy, jako je ADHD, stresové či tikové poruchy. „Dříve legislativa umožňovala získat pro pacienty se zásadní poruchou intelektu výjimku z povinnosti vzdělávat se,“ říká primářka a ředitelka DPL Opařany MUDr. Iva Hodková. „Podle současného školského zákona se ale musí vzdělávat každý jedinec bez ohledu na intelekt a musí se mu v nabídce vzdělávacích programů najít zařazení dle jeho možností ve vazbě na zdravotní stav.“ Pro děti, které svými schopnostmi nedosáhnou na penzum znalostí základní, praktické nebo speciální školy, je připraven takzvaný rehabilitační program, v jehož rámci se učí úkonům sebeobsluhy – při jídle, oblékání a udržování tělesné čistoty. Jaký smysl má vzdělávání intelektově nejslabších jedinců – proces, který je ve zdejším

škole specifitější ještě o psychiatrickou diagnózu každého žáka? „Každé dítě má právo na co nejšířší a nejbohatší život. Jde také o to, co si kdo pod pojmem vzdělávání představuje. Ne vždy to je klasické trivium. Důležitá je hlavně komunikace. Aby byl jedinec schopen fungovat ve společnosti a alespoň částečně se o sebe sám postarat. Myslím, že v tomto ohledu je rozvoj každého dítěte s jakýmkoli postižením nedocenitelný,“ odpovídá ředitelka Drátovská.

## Výuka jako součást léčby

I v ostatních směrech je třeba dostát platné legislativě, být to v některých případech znamená zkomplikování práce. Zdravotnické zákony například pedagogům neumožňují seznámit se podrobněji s údaji o zdravotním stavu žáků. „O anamnéze, diagnóze a skutečných zdravotních problémech dětí dostáváme informace jen v nezbytně nutném rozsahu, a i to pouze s písemným souhlasem rodičů. Často nám to pro individuálně cílenou práci s dítětem nestačí,“ konstatuje Jarmila Drátovská. Speciální pedagog si sám zpracovává získané anamnestické údaje, provádí speciálněpedagogickou diagnostiku a na jejím základě zpracovává individuální vzdělávací plán – vyrovnávací opatření.

Škola je důležitou součástí léčebného procesu, neboť navíc poskytuje zpětnou vazbu pro ošetřujícího lékaře. I během vzdělávání dochází k objektivizaci zvoleného léčebného postupu. Na základě projevů a výkonů dítěte ve ško-

le speciální pedagogové poskytují ošetřujícímu lékaři důležité informace a konzultace, které přispívají k dosažení optimálního zdravotního stavu, nastavené medikace a maximálního možného výkonu s akcentem na kognitivní funkce.

Způsob vzdělávacího procesu je u jednotlivých pacientů určen jejich psychiatrickou diagnózou, případně dalšími komorbidity. Většinu žáků lze vyučovat skupinově v příslušné třídě. S těmi ostatními speciální pedagogové pracují individuálně přímo na oddělení léčebny.

## Jen zdánlivě ráj

Děti z běžných škol si – na rozdíl od učitelů – mohou o podmínkách panujících ve škole při DPL Opařany nechat jenom zdát. Ráno se začíná až v 8:45 hod. a žáci s ohledem na zdravotní stav nesmějí týdně strávit ve školních lavicích více než 24 vyučovacích hodin. Škola vlastní pět interaktivních dotykových tabulí a při výuce často používá počítače. Některé třídy jsou vybaveny pohodlnými sedacími vaky a masážním křeslem, jež se při hodinách běžně využívají. Na podlaze jiné učebny je položen vysoký měkký koberec, kde může probíhat výuka pohodlnější formou nebo poslouží ke krátké relaxaci žáka. Stěny na chodbách školy jsou na některých místech opatřeny speciálními polstrovanými polštáři, přímo určenými ke kopání a tlučení. Žáci se svými učiteli tráví dvě vyučovací hodiny týdně v hudební dílně, kde mohou muzicírovat na různé nástroje, tančit, křičet a hrát všemožné hry.

Podíváme-li se však na tyto podmínky očima odborníka, spatříme zcela odlišný obraz. Vyučování začíná později, protože žáci jako pacienti léčebny každé ráno absolvují lékařskou vizitu. Sedací vaky a rehabilitační a masážní křeslo jsou součástí vybavení učeben určených pro autisty, kteří jinak mohou absolvovat výuku vleže nebo ve speciální židli a jimž tento způsob sezení při hodinách pomáhá k lepšímu uvolnění a stimulaci. Polstry na školních chodbách mají předejít a zabránit úrazům, protože psychiatrické diagnózy bývají často doprovázeny zvýšenou dávkou neklidu, impulzivity a agresivity. Dvě vyučovací hodiny v hudební dílně slouží k prohloubení vztahů v rámci kolektivu i vzájemného vztahu mezi žákem a učitelem. Muzikoterapeutické programy žákům umožňují odventilovat vnitřní napětí a učí je relaxovat, v rámci her nacvičují sociální dovednosti. A tak dále...



Škola sídlí v samostatné budově umístěné mimo zdravotní část léčebny. | Foto: Martina Rehořová

## ZAJÍMAVÉ PRACOVÍŠTĚ

### Zvyšování šancí

Také veškeré počítačové vybavení a nepřeberné množství dalších pomůcek by škola nikdy nezískala, kdyby její zaměstnanci aktivně nevyhledávali a neoslovovali sponzory a kdyby neustále nepracovali na projektech, díky nimž instituce po kapkách získává finanční příspěvky. Například zmíněnou hudební dílnu škola vybudovala v rámci projektu „Eliminace problémového chování žáků pomocí muzikoterapie“, který úspěšně realizovala v letech 2009–2011.

V loňském a letošním roce se soustředila na zavádění nových výukových metod u celorepublikově stále rostoucí skupiny žáků s poruchou autistického spektra. V rámci projektu zaměřeného na nácvik sociálních a komunikačních dovedností u těchto žáků vznikly učebny se speciální výbavou jak pro malé pacienty s Aspergerovým syndromem a vysoce funkčním

autismem, tak pro děti s autismem středně- a nízkofunkčním. Jako třetí zmiňme projekt „Cvičný byt“, který škola při DPL Opařany začala realizovat ve spolupráci s léčebnou v roce 2011. V prostředí cvičného bytu se děti, kterým jejich rodinné prostředí nevstoupilo základní návyky k vedení samostatné domácnosti, učí praktickým dovednostem, jako je praní, vaření či základy hospodaření s penězi. Všechny projekty mají tž cíl – aby vzrostly šance pacientů léčených v Opařanech na úspěšnou integraci do jejich kmenových škol a aby tyto děti byly schopny lépe porozumět světu, ve kterém žijí, a způsobit se mu.

Speciální pedagogové školy při DPL Opařany spolupracují také s kmenovými školami svých odcházejících žáků. Nabízejí jim edukační konzultace jak s dětmi a jejich individuálními problé-

my dál pracovat a naopak získávají zpětnou vazbu, jak se který zaléčený pacient dokázal ve svém původním prostředí adaptovat. Odezvu nyní získávají již ze 60 % kmenových škol.

### Jako v normální škole

Jakkoli jsou podmínky, ve kterých funguje, náročné, snaží se škola při opařanské psychiatrické léčebně v maximální možné míře simulovat podmínky, do nichž se děti vrátí po ukončení hospitalizace. Na rozdíl od vzdělávacích zařízení při jiných dětských psychiatrických pracovištích má tato škola vlastní budovu umístěnou mimo zdravotní část léčebny. „Pacient si drží kontakt s běžným denním režimem, co se týče docházky do školy. Rozdíláha na servis kolem sebe, ale je terapeuticky veden k sebekontrolě a zodpovědnosti. Večer si musí připravit věci, ráno po vžitě se



„Každé dítě má právo na co nejširší a nejbohatší život,“ říká ředitelka základní školy při DPL Opařany Jarmila Drátovská. | Foto: Martina Řehořová

oblékne, obuje, vezme si svoji tašku a jde do školy,“ vysvětluje primářka Hodková.

Procházíme školní budovou. Zvoní. Děti, jejich učitelé i pedagogičtí asistenti se po přestávce vra-

cejí na svá místa. Dveře tříd se zavírají, ruch utichá, na chodbách se rozprostře typické napjaté ticho. Prostě jako v normální škole...

Martina Řehořová

# Léčebna v Opařanech slaví 125. výročí

Opařanská psychiatrická léčebna byla otevřena roku 1887. V budově původně jen pronajaté od rodu Paarů ji zřídil český Zemský výbor jako jednu z nových filiálek pražského ústavu pro choromyslné, jehož kapacita v důsledku rozvoje psychiatrického oboru přestala dostačovat.

„Královský český zemský filiální ústav pro choré pomatence v Opařanech“, jak se léčebna tehdy nazývala, původně sloužil dospělým klientele. Kapacita byla stanovena na 211 lůžek. Z Prahy sem posílali neléčitelné pacienty, kteří neprojevili agresivitu a neohrožovali sebe či okolí – šlo zejména o různé mentální retardace. Opařanský areál byl pro tyto pacienty vhodným místem. Jezuité jej postavili roku 1727 jako kláš-

ter, jenž měl sloužit mimo jiné k péči o členy řádu trpící plicními chorobami. Proto také v okolních lesích byly zbudovány cesty a dlážděné stezky vhodné pro vycházky. Roku 1889 objekt zakoupil Zemský výbor. V této době také došlo k rozsáhlé adaptaci objektů k novému účelu. Byla přistavěna kuchyně, prádelna, pekárna.

Koncem 19. století se v Opařanech léčilo kolem 280 osob. Vý-

roční zpráva z roku 1897 sumarizuje strukturu aktuálních diagnóz: získaná blbost (131 případů), prvotní pomatení – částečné šílenství (74), epileptická šílenost (60), vrozená blbost (22), alkoholismus (13). Po jednom z pacientů bylo stíženou vrozenou slabomyslností, periodickou šíleností, zádumčivostí, paralytickou šíleností a zmateností – povšechnou šíleností.

Léčba probíhala formou práce.

Pacienti byli pracovní silou, která udržovala ústav pro choromyslné v chodu. Prali, opravovali obnošené prádlo a zhotovovali nové, vyráběli obuv, pracovali v zelenářské zahradě, pomáhali v kuchyni, nosili dříví a uhlí. Současně léčebny byl statek, díky němuž se zařízení do značné míry samožásobilo potravinami.

Zkušenosti z prvních let provozu ukázaly nutnost zvýšit kapacitu zařízení, aby bylo rentabilní. Zemský výbor proto nechal rozšířit původní budovu kláštera a také dal vystavět nový pavilon pro 250 pacientů. Počátkem 20. století se v Opařanech léčilo na 550 osob.

nou. V roce 1933, kdy se ve světě oficiálně etablovala pedopsychiatrie jako samostatný obor, již česká léčebna pro děti fungovala devět let.

Mezi diagnózami 500 dětských pacientů, kteří byli do Opařan postupně svezeni z ostatních psychiatrických léčen, původně převažovaly mentální retardace a sociální problémy. Od té doby však došlo k postupné diferenciaci směrem k indikovaným psychiatrickým diagnózám.

Ložnicové plochy byly redukovány ve prospěch prostor určených k terapii. Ještě v 70. měla léčebna kapacitu 350 lůžek, od počátku 90. let počet míst postupně klesal až na současných 150. Zkvalitňovala se zejména diagnostika a terapeutické přístupy. Dnešní léčebna využívá široké spektrum terapeutických aktivit, mezi nimi například ergoterapii, arteterapii, hiporehabilitaci, různé pohybové programy, fyzioterapii, socioterapeutické programy – čajovnu, klub, divadlo atd. Jako zaměstnanci nebo stážisté léčebnou prošli četní čeští pedopsychiatři. Postupně se modernizovala i ošetrovatelská péče, její zárukou se stalo specializační vzdělávání dětských sester se zaměřením na dětskou a dorostovou psychiatrii. V současné době je DPL Opařany nejen nejstarším, ale i největším poskytovatelem zdravotních služeb v oboru dětské a dorostové psychiatrie u nás, její spádovou oblastí je celá Česká republika. (mař)



Keramická dílna patří mezi terapeutické aktivity. | Foto: Martina Řehořová

# Jen takové maličké delirium

**Motto:** Někdy tak naprší, že už nikdy neuschne.

(Pavel Kosorin)

A je to tady. Tak už máme, co jsme chtěli. ODS prohrála s ČSSD a ČSSD prohrála s komunisty. Skokanem roku jsou komančové za převažujícího nezájmu voličstva. Na mítinky politiků skoro nikdo nechodil. Oni už budí zájem lidí jedině, pokud jsou v klepotech. Největším překvapením těchto voleb je pro mě překvapení komentátorů a výzkumníků veřejného mínění. Vždyť ta věc byla zřejmá. Co jiného se asi tak mohlo stát? Volby tak připomínaly spíš třídění a recyklaci odpadu než co jiného. Morálním vítězem je samozřejmě Jiří Pospíšil v Plzeňském kraji. Přál bych si, aby tento muž byl jednou premiérem. Být takových v ODS většina, snad bych ji i volil.

## Ušmudlaná asistovaná sebevražda

ODS ztratila zbytky důvěry a ze sestupné trajektorie se nemusí vzpamatovat. Dorazil ji prezident a jeho pretoriáni tím, jak ji těsně před volbami rozvrtali. Rebelové bez příčiny, výbor pro likvidaci Petra Nečase a Klaus jako tchyně na zadním sedadle. Ve svém výsledku šlo o jakousi ušmudlanou asistovanou sebevraždu. Jestli ne o eutanazii.

Co všechno ještě hrálo komunistům a socialistům do ruky? Lidé jsou schopni na jedné straně vnímat konkrétní, sousedskou komunální politiku, na druhé straně tu vzdálenou, virtuální, televizní. Jestli však volí do krajského města, nebo až do Prahy, to příliš nerozlišují. Tedy nic mezi. Čehož umí dobře využívat ČSSD. Takže její průšvihy na krajích, kryté komunistickými spolupachateli (kauza Rath), jí moc neuškodily. Zato ODS ublížily propírané korupční kauzy, přičemž si mnoho lidí vůbec neuvědomilo, že většina z nich vznikla v minulosti a to, že se konečně směji řešit, je naopak nadějně pozitivum této vlády. Pro ně je to jeden pytel, jedna verbež. Protestují proti establishmentu jaksi všeobecně. Jedni tím, že dali hlasy komunistům. Domnívají se, že vládě takto zavaří. Je to tragický omyl. Jde o smutný případ sebepečení. Zavaří pouze sami sobě. Druzí protestují neúčastí. Předstírají, že s osudem své země nemají nic společného. Tím určitě politiky nesmírně vytrestají. Tím, že jim tam nepůjdou. Připomíná mi to jednu divadelní repliku: „Pane, já jim tu někam zalezu a budu se jim

tady rozkládat.“ (V+W) Politikům je to přeci fuk. Ti pro to smutnit nebudou. Hlavně že jsou zvoleni. Jestli je tam dostane 90, nebo jen 9% voličů, je naprosto lhostejné. Volba je platná, židle u koryta je jejich. Kopyto, jelito, platí to. *Koryto, ergo sum.* (© brň Justové) Jenom struktura se posune. Voliči komunistů se totiž dostaví vždycky. V řadách pevně sevržených. Rudá záře na obzoru. Není to pěkný pohled. Každý, kdo nešel k volbám, je za něj osobně odpovědný. Shledán vinným bez polehčujících okolností.

## Destruktivní touha po diskontinuitě

O protestních hlasech se toho namluvilo možná až příliš. Zejména Petr Nečas nebyl schopen vyvodit poučení z krizového vývoje a celou věc bagatelizoval. Jistě, tenhle motiv tu byl. Ale kdo a čím ho multiplikoval? Některý protest může hraničit s demonstrativním pokusem o sebevraždu a ten snadno nechtěně sklouzne k dokonatému činu. Avšak voliči nemí vždy pouze iracionálním uzlíčkem emocí a ne-logických zkratk. Jsou tu i jiné danosti. Vezměme jen historickou mentalitu a ekonomické momenty. Toto je svou tradicí rovnostářská země. Máme tu pět a půl milionu vystrašených důchodců. Milion státních zaměstnanců či zaměstnanců závislých na veřejném sektoru. Dvě třetiny lidí nedosáhnou na průměrnou mzdu. Nikdo nevěří, že bohatí lidé se domohli svého majetku, mnohdy arogantně a okázale demonstrováného, férovou cestou. Tedy aspoň zhruba. Jsem optimista a domnívám se, že někteří snad ano. Ale když tak mluvím s lidmi, zdá se, že jsem v naprosté menšině. Pocit nespravedlnosti je vůbec nejsilnější negativní emoci. Je to známo již z etologie primátů nižších, než jsme my, údajný vrchol své čeledi.

Komunismus nám kdysi nespádl z nebe ani nepřijel na tancích jako do Polska, Maďarska a východního Německa. Naši pošetili otcové a dědové si ho polodemokraticky zvolili. Povídání o únorovém puči je nesmysl. Je to jen jejich výmluva, zamlouvání podstaty toho, co spáchali u uren dva roky dříve. A co tehdy hrálo roli? Podobně silný pocit, že nelze pokračovat v tom, co bylo. Destruktivní



MUDr. Milan Novák  
neurolog@centrum.cz

touha po diskontinuitě. Obrovská frustrace a ztráta důvěry v předchozí establishment. Tomu přičetli k tíži upatlanou partitokracii, hospodářskou krizi (zapomněli už, že byla světová) i kapitulaci z roku 1938. A tak šli protestně hlasovat.

Čhtěli defenestraci a po ní něco úplně jiného, nového, nevyzkoušeného, křišťálově čistého a absolutně dokonalého. Jenže místo ve vzdušném zámku skončili během ani ne dvou let v řiti. Hluboko a nadlouho. Žádné další volby, k nimž by případně mohli i nejit, se už nekonalý. Eventuální protesty se léčily v Jáchymově.

Přesně tytéž radikální hlasy dnes slyšíme odevšad. Všechno vymést, hlava nehlava. Naivkově to už zkusili s taškáři z VV. Za rohem číhá na svou chvíli Babiš jakýsi. A tak dále. Je to celonárodní Alzheimer spolu s nedostatky ve školním vzdělání. Osnovy českých dějin začínají oběžní Věstonickou Venuší a končí druhou světovou válkou. Je to chyba. Pro praktický život by úplně stačilo začít 19. stoletím, ale zato skončit včerejším dnem. Dnem, kdy kultivace českého politického prostoru již dospěla od rádičky ke zmijovce.

## Parta marodérů na zdravotnickém bojišti

ODS ke slušnému výsledku nepomohl ani pokus o vytunelování umanutých sociálně demokratických témat. Na Českolipsku jsem v prvním říjnovém týdnu uviděl billboard u silnice a málem jsem boursal: Liberecká ODS prý nepřipustí rušení malých nemocnic, naopak se v nich musí pěstovat špičkové specializované péče. K tomu ještě populisticky slibovala zkrácení dojezdové doby RZP o 5 minut. Bohužel se tam neřešilo jaká špičková péče a za jaké peníze. Tj. ona základní otázka a ideový princip vládní koalice. Leitmotiv horké současnosti. Zajímá se, na co máme a na co ne. Abychom se nepočítali.

Konečně totiž došlo k očekávanému. Systém zdravotního pojištění se propadl do deficitu. Čísła varují od 3 do 7 miliard. Znamená to, že ne každý dostane všechno. Zvláště pokud budeme v každodenním poskytování postupovat tak iracionálně jako dosud. Aby mnozí z nás mohli provést všechna irelevantní

vyšetření banalit a preskribovali všechny neindikované, či dokonce kontraproduktivní léky, někteří velmi potřební pacienti zůstanou na suchu. Anebo si stát – garant péče – někde půjčí. Nebo budou žaloby. Račte si vybrat. Nic z toho nevzbuzuje pražádné nadšení.

Především je nepravděpodobné, že to vyřeší největší a privilegovaná VZP, již si strany vzájemně udělily v léno, takže pracuje podle jiné než zdravotně-ekonomické logiky. Vezměme si jen *cause célèbre*, případ IZIP. Jsem jako v Jiříkově vidění: VZP se dá vydírat svou vlastní deřinou společností, v níž má majoritu. To jistě není normální vztah mezi firmami. Nejde-li o případ masochismu, pak tu musíme hledat politickou logiku. Kdo co vlastně, ve které správní radě sedí a jaké má zájmy. Zajisté odlišné od zájmů pacientů, to jediné je jasné. Z toho plynou další otázky. Například co se v takovém Kocourkově může všechno dít s penězi daňových poplatníků a plátců zdravotního pojištění. Kdo všechno s nimi podniká a jak. Nevím, nejsem si jist. VZP se především mění v bojiště, na němž se parta marodérů z rozpadající se ODS snaží zprivátních důvodů udolat ministra zdravotnictví.

A kde se hledají úspory? Někde úplně jinde. Tak se standardem nitrooční čočky stal indický výrobek používaný jen v takových zemích, kde je podstatně častějším problémem než katarakta pořad ještě trachom. Jenže indický produkt je levný. Nejlevnější. V akci již od...! Takže poslouží jako bazál. To má dotlačit pacienty k platbě za nadstandard bez skutečné svobody volby. Co přijde příště? Možná výkon bez náhrady. Žádná čočka za 0,00 Kč. Místo ní předpis na brýle-jogurtovky. Jako kdysi. A také čínské kyčle z bambusu. Vždyť *dědeček babička, ujdá nám chlebička*. Domníval jsem se, že při tvorbě nadstandardů, jež jinak považují za vynikající myšlenku, bude zajištěno, aby základní péče byla směrem dolů kvalitativně a odborně limitována. Ne jako výběrové řízení na lavičky do parku, kde rozhoduje čistě cena. Zde vzniká otázka, zda byl skutečně dobře domyšlen příslušný rozhodovací mechanismus.

## Brána do jiného světa

To však jsou všechno snadno a v klidu řešitelné jednotlivosti. Tedy byly, nebyť apokalyptické atmosféry, na níž má lví podíl stavovská orga-

nizace. Zase jednou jsem sáhl po jejím periodiku. Obsah připomíná cosi mezi hysterií menstruuující primabaleríny a béčkovým americkým katastrofickým thrillerem. Příklady titulků: *Petice za zachování nemocnic. Poslední příležitost zastavit připravené rušení nemocnic. Občané, braňte svoje nemocnice!* (ozdobeno fotkou z demonstrace, transparent „Zachraňme naše zdravotnictví“). *Změny převážně k horšímu. Cesta k destrukci sítě zdravotnických zařízení otevřena.* Zkrátka směle vpřed a čtete, tam to všechno je. Vstoupíte do jiného světa. Burčující *headliny*, tragický tón, lomení rukama, dramatické výzvy, otevřené dopisy. Vše v nejlepší duchu zakladatele bulváru Hearsta, jenž vždycky nabídal své redaktoři: Čtenář, který uvidí první stranu, má vyjeknout „pro Boha!“ a na straně dvě „hrome!“ Motto všech komorových sdělení: *Lasciate ogni speranza, voi ch' entrate.* Zanechte vši naděje, vy kdož vcházíte. (Dante Alighieri: „Peklo“) Odkládat bilanční sebevraždu až na zítřka je ztrátou času. Co není úplně špatně, je pokud možno ještě horší. Za vším je nepochybně něčí zlý úmysl. Tato vandalská vláda chce zlikvidovat zdravotnictví. Čistě pro radost z ničení. A dáběl se pochechtává za rohem.

Některé výroky jsou skutečnou lahůdkou. Milan Kubek: „Zákon o zdravotních službách ve znění prozrazením tandemem Šnajdr-Heger (sic!) lze bez nadsázky považovat za první krok na cestě k likvidaci soukromých lékařů v České republice.“ To je prapodivné. Opravdu jsem nepostřehl spojenectví pánu Hegera a Šnajdra. Asi už špatně vidím a slyším, ale vztahy na politické scéně čtu právě opačně. Kritickým textovým srovnáním lze tento nepochopitelný omyl vystopovat až k článku Ludvíka Hovorky na jiném místě. Praví se tam cosi o „promyšlené a připravené likvidaci krajských nemocnic. A za tento výše popsany nepořádek nepones nikdo odpovědnost, dokonce ani ministr zdravotnictví Leoš Heger, který dělá, že nevidí a neslyší, protože mu to umožňují zákony, které sám pod dozorem Marka Šnajdra (sic!) a dalších uvedl do českého zdravotnictví.“ Mimo chodem nevím, čemu pan Hovorka říká krajské nemocnice. Protože byla asistovaná sebevražda. Před reprofilací stojí úplně jiný typ nemocnic. Tedy lze po stopě dojít až k bizarním výrokům Bohuslava Sobotky, který si po vítězství volbách pochvaloval, že teď bude ČSSD moci naplnit svou prioritu a „zabránit privatizaci zdravotnictví“. Tady nerozumím už vůbec. Žádná přece neprobíhá. Je dávno hotovo. Kolik zlé vůle, paranoie a pomýlenosti je třeba, aby vznikaly takové věty?

## NEJSEM SI JIST

Je třeba vzít na vědomí, že skutečná systémová reforma je program na dvacet let. Pokud ji ovlivní každé z nesmyslně mnoha voleb, které máme, nedostaneme se nikam. Jednou je třeba věci odsunout s ohledem na volby krajské, podruhé komunální, pak zas prezidentské či evropské. Po každých parlamentních volbách se všechno zase zruší či převrátí ve svůj opak. Na nic se nelze spolehnout, není z čeho vycházet, na čem stavět. Jen *carpe diem*. Tímto stylem se dá maximálně administrovat jakýsi bazální provoz věcí veřejných. Nic víc.

### Až za hrob

Je to problém nejen prosté neshody ve společnosti, ale neshody krajně militantní. Extrémní výroky, extrémní postoje. A eskalace. Co bylo extrémní včera, musí být zítra ještě extrémnější. Zloba a nenávisť. Až za hrob. Chcete příklad znáti? Zde jest.

Premiér a prezident nepřišli na slavnostní přejmenování pražského letiště. Nečas je v zásadě slušňák, a tak mu trapnost nedovolila, aby nepředložil aspoň nějakou výmluvu. Prezident se nedostavil demonstrativně, tj. bez udání důvodu. Aby bylo jasné, jak to myslí. Až za hrob. Přijde mi to naprosto příšerné už jen z pohledu nejzáklad-



**Kdo píše proti Klausovi a nemá to podloženo fakty, měl by být postižen, míní Jiří Payne. Zapomněl ale říci, kdo by rozhodoval, zda jsou příslušná fakta dostatečná a jejich interpretace adekvátní.** | Foto: E15/Anna Vacková

nějších společenských konvencí. Jenže král Kazisvět nemá svého Špačka, který by mu předčítal lekce z Gutha-Jarkovského. Je naopak obklopen klikou krajních mentálních případů, kteří mu pomáhají vyvolávat zbytečné, nestátotvorné a naprosto malicherné konflikty. Až za hrob. Protože bez střetů, třeba o naprosté marginálie, by Václav Klaus zřejmě zemřel v křečích. Teatrální konflikty, stavící ho do středu dění, jsou jeho živou vodou. Deset minut bez veřejné pozornosti, ať je jí dosaženo jakkoli, deset klidných minut bez trapné scény,

bývá v takových případech zcela nesnesitelných. Až bolestivě. Absták jako bič. Vždy hvězda, vždy v hlavní roli, vždy první milovník, vždy první housle, vždy nejmocnější. Proto drtí fungující vládu, byt se na ní podílí jeho vlastní partaj, jeho vlastní lidé. Nesmí totiž nikdy být zastíněn. A nejvíce vlivu má, je-li vláda slabá. Každý má samozřejmě nějaký osobnostní rys, ale vyhnu se tu diagnostické klasifikaci. Ta je dostatečně známa.

Zašlo to tak daleko, že nebezpečně konfliktní prezident obvinil z rozešťování společnosti naopak mé-

dia, různé písálky a své ideové odpůrce, což jsou všichni ti zastánci všelijakých prapodivných -ismů, existujících i Klausem *ad hoc* vymyšlených. V zásadě *pravdoláskevců*, čili havlovců. Václava Havla nepřímou posmrtně nařkl, že zavinil nechuť řady lidí k Václavu Klausovi. Vyznačují se prý nejen *líáskou*, ale dokonce i *osobní ubohostí*. Až za hrob. Poradce Jiří Payne k tomu přispěchal dodat, že kdo píše proti Klausovi a nemá to podloženo fakty, měl by být nějak postižen, třeba zákazem publikace. Nedotáhl to ale do konce. Zapomněl říci, kdo by rozhodoval, zda jsou příslušná fakta dostatečná a jejich interpretace adekvátní. Neboť veřejný diskurs se zakládá právě na tom, že táž fakta řadíme, chápeme a interpretujeme různě. Objektivní názory neexistují. Takový výraz by byl *contradictio in adiecto*. Za objektivní prohlašovali své názory pouze komunisté. Opírali je o „vědu“ jménem *vědecký komunismus*. Oba jsme ji museli studovat. Já i pan Payne. Jen jeden z nás se však poučil. Takže pozor, autoritářský režim může kdykoli recidivovat. Ochotných pomahačů, kteří by byli ochotni tlačit rozhrkanou českou káru do orbánovského, nebo dokonce putinovského bahna, by se našlo dost. A velmi rychle.

### Pšouk ze špuntovky

Na tomto pozadí se spustila absurdní debata kolem benigního napadení prezidenta v Chrastavě, směšně označeného, patrně z neznalosti významu cizích slov, jako *atentát*. Jako by nebylo dost na zneužití tohoto slova pro převrat v ODS v roce 1997. Mimořádně podobný, o jaký se nadstranícký prezident momentálně sám snaží.

Celá lapálie spíše ukazuje pitoreskní malost českých poměrů. Se špuntovkou na prezidenta. A k tomu v maskáčích. Můj ty Bože! „Některej revolver, paní Müllerová, vám nedá ránu, kdybyste se zbláznili. Takových systémů je moc. Ale na pana arcivévodu si koupili jistě něco lepšího, a taky bych se chtěla vsadit, paní Müllerová, že ten člověk, co mu to udělal, se na to pěkně volbí.“

Kdeko včetně prezidenta se snaží tuto epizodu povýšit na úroveň osudové důležitosti. Historická velikost politika se totiž mimo jiné může měřit i četností a dramaticitostí pokusů o atentát na něj. Teď se do úmuru mudruje, jaký že stav společnosti ten čin signalizuje. Nalijme si čisté víno: Nesignalizuje vůbec nic. Tedy kromě duševního stavu onoho potrhleho mládence. Jen pšouk jakýsi. Tečka.

Inzence A121013579

# Mladá fronta divize Medical Services představuje

### Dětská alergologie

Kniha, která doposud na našem trhu chyběla, souhrnně pojednává o problematice alergických onemocnění dětského věku. Její autoři – přední odborníci z českých a moravských pracovišť pediatrie a klinické imunologie – předkládají čtenáři komplexní a recentní pohled na prevalenci, etiopatogenezi, diagnostiku, léčbu, prevenci i prognózu imunopatologických stavů vzniklých na alergickém podkladě. Ve speciální části se pak podrobně věnují jednotlivým onemocněním – průduškovému astmatu, alergické rýmě, kožním projevům alergie, problematice anafylaxe a potravinové alergie, opakovaným respiračním infekcím, autoimunitním onemocněním, primárním imunodeficitům a dalším.

**Autoři:**  
doc. MUDr. Vít Petrů, CSc.,  
a kolektiv

Doporučená cena 850 Kč

### Recidivující infekce dýchacích cest a imunomodulace u dětí

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

## Při objednání na **knihy.cz** sleva 15%

komplexní informační servis ve zdravotnictví

Mladá fronta a. s. Mezi Vodami 1952/9 143 00 Praha 4-Modřany tel. 225 276 163 e-mail: knihy@mfsmi.cz www.medical-services.cz

## ZE SPOLEČNOSTI



# Hippokratovské hovory pokřtěny na setkání našich autorů

V rámci oslav jubilea našich novin proběhlo na konci září slavnostní setkání autorů publikujících v časopisech Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN, Postgraduální medicína, Česká dermatovenerologie, Sestra a v knihách divize Medical Services Mladé fronty a. s.

Akce se uskutečnila v nově otevřeném Restaurantu + Baru Kotleta na Praze 1.

Během večera byla slavnostně pokřtěna první kniha nové edice Zdravotnické noviny divize Medical Services s názvem „Hippo-

kratovské hovory“, jejíž kmotrou byla zpěvačka Eva Pilarová. Publikace představuje exkluzivní knižní výbor časopiseckých rozhovorů s osobnostmi medicínského světa, které byly otištěny v naší rubrice „Představujeme“ za několik po-

sledních let. Myšlenka vydat tato zajímavá svědectví knižně zrála v naší redakci dlouho. Jako ideální příležitost se ukázalo být 60. výročí založení našich novin, ke kterému jsme sobě i našim čtenářům nadělili tento dárek. (eta)



Ředitel divize Medical Services Mladé fronty a. s. Martin Hofman, editor knihy Martin Čermák, Eva Pilarová a šéfredaktorka Markéta Mikšová při slavnostním křtu



Projektoví manažeři Petr Suda a Monika Vachková ze společnosti PRO.MED.CS Praha, a. s., s jejímž laskavým přispěním publikace vyšla, a profesor Jaroslav Květina.



Zleva: profesor Stanislav Štípek, fotograf Karel Meister a člen redakční rady Lékařských listů docent Petr Hach



Na účastníky setkání čekal vynikající kulinářský zážitek.



Spolumajitel Restaurantu + Baru Kotleta Michal Ságl hostům představil restauraci.



Profesoři Eugen Strouhal, Stanislav Štípek a Jan Hořejší



# Probiotika, která jsou vždy v pravý čas na pravém místě.

Novinka



Doplňěk stravy.

**Vyzkoušejte nové unikátní probiotikum Bifolac od dánského specialisty Bifodan s patentovanou technologií ProTarget™.**

Obsahuje správné množství živých mikroorganismů, garantované po celou dobu použitelnosti produktu. Doporučujte svým pacientům vždy, když potřebují obnovit střevní mikroflóru. ProTarget™

je unikátní patentovaná technologie pro podávání přípravků, která byla vyvinuta na ochranu probiotik před žaludeční kyselinou a žlučovými solemi, a má za úkol cílené uvolňování životaschop-

ných probiotik v zažívacím traktu. Vyzkoušejte jednu ze tří variant Forte, Balance a Kids.

**Bifolac.**

Nová probiotika s cíleným efektem.

**Distributor ČR:**

OBRA, s.r.o., V Chotejně 7  
102 00 Praha 10-Hostivař  
www.obra.cz

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

**BIFOLAC®**

## ZE SPOLEČNOSTI

## A život jede dál

Spinální jednotka FN Motol pozvala své příznivce do Švandova divadla. 24. září se tam zúčastnili křtu knihy „A život jede dál“, zahájení stejnojmenné výstavy fotografií a zhlédli divadelní představení „Kurz negativního myšlení“. Večerem návštěvníky „provezl“ Jan Potměšil a atmosféru „doladilo“ Kokeš Jazz Trio.

Pokud jste místo na nohou od rána do večera na kolečkách, úhel pohledu na svět a váš život v něm to změnit docela zásadně i proto, že se často neobejdete bez pomoci jiných lidí. V úvodu večera, jehož benefičním výnosem měl být (a byl!) dobrý pocit lidí, kteří pomáhají dřívějším i stávajícím pacientům motolské „spinálky“, to pěkně shrnul herec Jan Potměšil (na foto): „A život jede dál. My neříkáme, že život jde dál, protože nechodíme. Ale děkujeme, že dál jet můžeme!“



Foto: Leoš Chodura

### Jednotka v jedné knize, jednotka jedné knize

Kaplan Vítězslav Wurst je jednou z duší motolské spinální jednotky. Mimo jiné – na rozdíl od některých profesionálních psychologů – nepředpokládá, že si za ním pacienti ze spinálky skáknou, kdyby něco. Ví, kdy se má objevit – a podat ruku. A dělá to. Řečeno strašným angličtinou: Ví, o čem to je. Právě on oslovil fotografy Alenu Dvořakovou a Viktora Fischera, aby zdokumentovali život několika pacientů na trase motolské spinální jednotky – spinální rehabilitace –

domácí péče. Kromě nádherných černobílých fotografií kniha „A život jede dál“ obsahuje výpovědi pacientů, kteří měli odvalu se projektem zúčastnit a pozvat čtenáře do svých příběhů, dále výpovědi zdravotníků motolské spinální jednotky a také laskavá a moudrá slova kaplanova, jeho komentář a inspiraci jak neztrácet naději. Hlavním sponzorem projektu je firma B. Braun, která fakticky umožnila vydání krásné, ale výrobně náročné, a tudíž drahé knihy. Prodávát se však publikace nebudě, poslouží jen potřebám spinál-

ních jednotek. Fotografie z ní můžete vidět ve vstupních prostorách Švandova divadla na Smíchově.

### Kurz negativního myšlení

Norský scenárista Bård Breien je autorem předlohy divadelní inscenace „Kurz negativního myšlení“. Hlavního hrdinu Geirra (Michal Dlouhý), který je po úraze trvale upoutaný na vozík, a jeho ženu (Kristýna Frejová) doma „přepadne“ několik usměvavých „pozitivních“ invalidních lidíček vedených psychoterapeutkou, která v nich „rozvíjí sílu pozitivního myšlení“. Terapie se jí ovšem zcela vymkne z rukou, a jak jí posléze říká Geirr: „Nemůžeš pochopit naše problémy, pokud se nenaučíš myslet aspoň trochu negativně!“

Vysvětlení dodává sám autor: „Musíš začít den tak, že se podíváš do zrcadla a zeptáš se sám sebe: ‚Co je na mně, do prdele, tak dobrý?‘ Pokud si odpovíš dlouhým seznamem skvělých vlastností, neprošel jsi testem. Správná odpověď by měla být: ‚Nic. Všichni jsme stejně bezcenní.‘ Jakmile tohle akceptujeme, máme před sebou skvělou



Foto: Leoš Chodura

budoucnost. Současná posedlost něčím vynikat, být úspěšný a šťastný, celý ten hon za perfektností – to je fakt děsně podfuk.“

### Trio, protože jsou čtyři

Primář motolské spinální jednotky MUDr. Jiří Kříž (na foto), ortoped, otec tří dětí, žertěf se suchým hu-

morem, tetraplegik a hráč na dechové nástroje, hraje ve skupině Kokeš jazz trio. Na závěr večera přítomným zahráli v divadelní kavárně. Primář Kříž obsadil pozoun, kapela dále vystoupila ve složení soprán saxofon, kontrabas, kytara a zpěv. Hudebníci tak byli celkem čtyři, u tria milý bonus. **Jana Jilková**

## „Kouzelný klíč“ poosmé

Tradice literární soutěže pro pacienty a zaměstnance psychiatrických zařízení v České a Slovenské republice pokračuje již VIII. ročníkem.

Do soutěže „Kouzelný klíč“ se může přihlásit každý klient nebo pracovník psychiatrického zařízení u nás či na Slovensku, a to současný i bývalý. Soutěžní kategorie jsou vyhlášeny zvlášť pro pacienty a pro zaměstnance, v žánrech poezie nebo próza, téma může být libovolné. Díla se do soutěže zasílají e-mailem, jejich uzávěrka je stanovena

na 20. prosince. Příspěvky bude anonymně hodnotit odborná porota, v níž jako každoročně zasedne literární kritik a historik, básník, překladatel poezie a novinář. Podmínky soutěže a další upřesnění si můžete vyžádat e-mailem: dagmar.zaludova@plbohnice.cz

(red)

## O Kolečko víc

Nadační fond Kolečko v pražském Divadle Palace uspořádal 11. září benefiční představení, díky němuž získal z prodeje vstupenek a převzatých darů od sponzorů takřka 640 tisíc korun na podporu dětských traumatologických center.

Divadelní inscenace „Africká královna“ v hlavní roli s patronkou Kolečka Lindou Rybovou a Hynkem Čermákem téměř vyprodala oblíbenou scénu v centru Prahy. Před začátkem představení došlo i na předávání darů zástupcům dětských traumacentr. Šek v hodnotě 350 tisíc korun Kolečko předalo na výstavbu rehabilitačního centra Kliniky dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a Thomayerovy nemocnice. Zobrazovací monitory na operační sály v hodnotě téměř 335 tisíc korun a bioptronovou lampu v hodnotě téměř 54 tisíc korun převzalo Centrum traumatologie Fakultní nemocnice Hradec Králové. Přes 110 tisíc věnovalo Kolečko Centru dětské traumatologie FN Brno na mikrochirurgické instrumentarium pro neurotraumatologii.

„Jsem opravdu ráda, že krásné představení, inspirované legendárním filmem s Katherine Hepburnovou a Henrym Fondou, přilákalo tolik příznivců našeho nadačního fon-

du a že se další benefice s tradičním názvem ‚O Kolečko víc‘ znovu povedla.“ uvedla za nadaci předsedkyně její správní rady Linda Jandová.

(red)



Linda Rybová a Hynek Čermák v benefici pro Kolečko.

Foto: archiv Nadačního fondu Kolečko

## Cena za podporu chráněných a terapeutických dílen

Těžební společnost OKD získala za své dárcovské aktivity Cenu Via Bona. Konkrétně byla oceněna za podporu pracovní i společenské integrace hendikepovaných lidí.

Do aktivit, které zdravotně znevýhodněným pomáhají zařadit se do běžného života, společnost jen v posledních dvou letech vložila prostřednictvím Nadace OKD více než 15 milionů korun. Cenu těžaři získali v kategorii „Podpora konkrétního projektu“, která hodnotila přímý dopad pomoci pro danou oblast, a to za systematickou podporu chráněných a terapeutických dílen. Například Centrum sociálních služeb Bohumín si díky grantu Nadace OKD mohlo pořídit tři tkalcovské stavy pro práci hendikepovaných.

Via Bona je prestižní veřejně ocenění jednotlivců i společností za jejich dobročinné úsilí v České republice. Ocenění za filantropii uděluje pod záštitou velvyslance USA Na-

dace Via, což je nezávislá soukromá česká organizace.

(red)



Cenu Via Bona převírá ředitel pro rozvoj revíru OKD Radim Tabásek. Foto: archiv Nadace OKD

# Sestra roku 12



Záštitu nad oceněním převzala Mgr. Dagmar Havlová za Nadaci Dagmar a Václava Havlových VIZE 97

## Přihlaste svého kandidáta!

I navrhovatelé vítězů získají hodnotné ceny

XIII. ročník soutěže vyhlášené redakcí odborného časopisu Sestra z vydavatelství Mladá fronta a. s.

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

Titul Sestra roku je udělován ve třech kategoriích:

- Lůžková a ambulantní péče
- Komunitní a sociální péče
- Management a vzdělávání

Redakce časopisu Sestra tradičně uděluje mimořádnou cenu:

- Čestné ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství

Uzávěrka přihlášek nejpozději do 12. 12. 2012

### Stručná pravidla soutěže

Soutěž je určena sestřím, porodním asistentkám, sestřím domácí a sociální péče a dalším nelékařským zdravotnickým pracovníkům, kterým se jejich profese stala spíše posláním než pouhým zaměstnáním.

Kandidáty navrhuje jejich kolegové, nadřízení, lékaři, zástupci odborných společností i pacienti. Přístupná je i možnost přihlášení vlastní osoby do soutěže. Všechny přihlášky však musí splňovat podmínky a další náležitosti stanovené v pravidlech soutěže (<http://sestraroku.zdn.cz/pravidla-souteze/>).

#### PRŮBĚH SOUTĚŽE:

Navrhovatel zašle kompletně vyplněnou přihlášku spolu s motivačním dopisem jedním z následujících způsobů:  
– e-mailem na adresu [sestraroku@mf.cz](mailto:sestraroku@mf.cz)  
– vložením na [www.sestraroku.cz](http://www.sestraroku.cz)

– v obálce označené heslem „Sestra roku 2012“ na adresu redakce časopisu Sestra, Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4.

Akceptovány budou pouze přihlášky doručené nejpozději do 12. 12. 2012. Formulář přihlášky do soutěže najdete v titulech Sestra, Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN, na internetových stránkách [www.sestraroku.cz](http://www.sestraroku.cz). Též si o něj můžete zažádat prostřednictvím e-mailu [sestraroku@mf.cz](mailto:sestraroku@mf.cz).

Soutěž probíhá ve dvou kolech. V prvním kole, zahájeném dnem uzávěrky soutěže, vybere nezávislá první odborná porota pro každou kategorii tři finalisty. Druhé kolo proběhne na slavnostním galavečeru v březnu 2012 v Praze. Navrhovatelé mají možnost zúčastnit se tohoto večera spolu s finalisty. V tomto závěrečném kole vybere vítěze druhá nezávislá odborná porota složená z významných osobností našeho lékařství, ošetrovatelství, zástupců sponzorů, politické sféry a výherců uplynulých ročníků soutěže Sestra roku.

#### PODMÍNKY ÚČASTI V SOUTĚŽI:

Soutěžící musí splňovat hlavní kritérium soutěže, kterým je např. nadstandardní přístup při zvládnutí náročných situací, vykonání výjimečného činu v každodenní ošetrovatelské praxi nebo intenzivní činnost směřující ke zkvalitňování vzdělávacího systému apod. Postup do druhého kola, tzn. finále soutěže, je možný pouze za osobní přítomnosti finalistů na vyhlášovacím galavečeru. Po oficiálním vyhlášení vítězů soutěže budou vítězům předány věcné hodnotné dary.

Úplné znění pravidel soutěže je k dispozici na [www.sestraroku.cz](http://www.sestraroku.cz). V případě dotazů pište na adresu [sestraroku@mf.cz](mailto:sestraroku@mf.cz) nebo využijte webového diskusního fórum.

Záštitu



Garant



Generální partner



pomáhá léčit.

Partneři



Science For A Better Life



Mediální partneři



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

MEDICAL SERVICES



# Sestra roku 12

## Přihláška do soutěže

Přihlašuji kandidáta do soutěže  
Sestra roku 2012 v kategorii:

- Lůžková a ambulantní péče  
 Komunitní a sociální péče  
 Management a vzdělávání

(vybranou kategorii označte křížkem)

### Navrhovatel

Jméno a příjmení navrhovatele .....

Kontaktní adresa, PSČ .....

E-mail ..... Telefon .....

### Soutěžící

Jméno a příjmení soutěžící(ho) .....

Kontaktní adresa, PSČ .....

E-mail ..... Telefon .....

Obor, ve kterém soutěžící působí .....

Funkce .....

Pracoviště (název zařízení včetně oddělení) .....

Nejvyšší dosažené vzdělání, kvalifikace .....

Registrovaná sestra: ano  ne  Počet let ve zdravotnictví .....

Publikační činnost .....

Přednášková činnost .....

Jazykové schopnosti .....

Zahraniční stáže .....

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

### Základní informace o soutěži

Popis aktivit kandidáta odpovídajících hlavnímu kritériu soutěže musí být k přihlášce přiložen na zvláštním papíře ve formě – písemné odůvodnění návrhu/nominace. Rozsah tohoto sdělení by neměl přesahovat jednu normostranu (tj. 30 řádků).

Navrhovatel má povinnost informovat soutěžícího o jeho nominaci, přičemž soutěžící musí s nominací, údaji uvedenými na přihlášce i pravidly soutěže souhlasit. Bez souhlasu soutěžícího nesmí navrhovatel přihlášku odeslat.

Soutěžící i navrhovatel berou na vědomí, že s nimi mohou být pořizovány fotografické snímky, videozáznamy a rozhovory v rámci

dokumentace akce, které mohou být přiměřeně využity organizátorem soutěže pro účely prezentace této akce a reklamu spojenou s ní a dalšími ročníky této akce, a s pořizováním takových záznamů souhlasí. Uplné znění pravidel soutěže je k dispozici na [www.sestraroku.cz](http://www.sestraroku.cz)

Odesláním přihlášky do soutěže uděluje navrhovatel i soutěžící 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 tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., o některých službách infor-

mační 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 kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na [www.mf.cz](http://www.mf.cz)

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

# Sebevědomí pro každý den

Nadační fond onkologie pro 21. století ve spolupráci s Thomayerovou nemocnicí v Praze a módním salonem Magic Helena pořádaly 9. října v pražském Palace Illusion již 19. společenský večer nazvaný „Sebevědomí pro každý den“.

Pestrým programem slavnostního večera provázel Vlastimil Harapes. Na tanečním parketu se představila rokenrolová formace Babies z taneční školy Twist Říčany a reprezentanti ČR ve společenských tancích Kateřina Hrstková a Lukáš Bartuněk. O hudební část večera se postarala mezzosopranistka Karolína Bubleová Berková a skupina Old Steamboat.

Vyvrcholením programu byla jako každoročně módní přehlídka z kolekce salonu Magic Helena, kdy se v rolích modelek představily pacientky Onkologické kliniky 1. LF UK a Thomayerovy nemocnice, které podstoupily léčbu rakoviny prsu. Nečekanou, ale o to milejší „tečku“ na konci programu učinil Vlastimil Harapes. Došel si do hlediště pro profesorku Jitku Abrahámovou a k jejímu pramalému nadšení si ji odvedl na parket. Old Steamboat spustil „Život je jen náhoda“ a tento improvizovaný taneční pár za zpěvu a skandovaného potlesku tak trochu dojatého publika zatancoval (viz foto).

Naše redakce pak Vlastimilu Harapesovi i profesorce Abrahámové položila několik otázek.

## Vlastimil Harapes

**Proč jste tento večer moderoval právě vy?**

Já nedomoderoval poprvé a paní profesorka to ví, takže když mě o to letos požádala, nešlo odmítnout. Na „Sebevědomí pro každý den“ chodím každoročně. Balet Národního divadla byl jedním ze sponzorů Nadačního fondu onkologie, udělali jsme tehdy benefiční představení s výtěžkem v jeho prospěch. Ostatně s paní profesorkou Abrahámovou se známé dlouhá léta.



Foto: Leoš Chodura

**Překvapivým finále bylo vaše společně improvizované sólo na parketu. Jak dnes paní profesorka uspěla coby vaše taneční partnerka?**

Výborně!!!

**Prof. MUDr. Jitka Abrahámová, DrSc.**

**Kdy a proč vás napadlo pořádat tyto módní přehlídky?**

Napadlo mě to před dvaceti lety, když jsem u jednoho výrobce epitéz viděla předvádět jejich manekýnu jak je nosit. Ale předváděla to pro odbornou veřejnost, pro lékaře, aby to mohli předat dál. Tak mě napadlo, proč neudělat módní přehlídku, když naše pacientky epitézu nosit umějí. Před těmi takřka dvaceti lety, kdy jsme ji uspořádali poprvé, skutečně všechny „manekýny“ byly ženy po amputaci. Epitézy předváděly na podiu, aby i „normální“ populace viděla, co to vlastně je a jak se nosí.

**Na přehlídce modelky předváděly i docela odvážné večerní šaty. Nevšimla jsem si při pohledu na jejich dekolty jen já ničeho podezřelého, nebo opravdu nebylo nic takového vidět?**

Určitě byste neodhadla, která z modelek je a která není po amputaci prsu, ostatně několik z dnešních modelek absolvovalo po amputaci následně i rekonstrukci, některé jsou po částečné amputaci. Ty, které používají epitézy, je mají dokonalé. Navíc jim šaty perfektně seděly – a to je ta finta.

**Jak se z pacientky stane modelka?**

Všechny jsou pacientkami našeho onkologického pracoviště. Když se základní léčba chýlí k závěru, znám už je natolik, abych poznala, která z nich by se asi mohla odvážit někde vystoupit. Znáím i její postavu. A prostě se jí zeptám, jestli by nám nechtěla předvádět módu. Některé z těch, co odmítnou, se sem přijdou podívat – a příští rok už chtějí samy předvádět. Některé předvádějí opakovaně a moc se na to těší.

**Na těchto večerech vystupují také umělci. Dostávají alespoň symbolické honoráře?**

Ne. Jde o špičky ve svých oborech. Tihle lidé mohou vystoupit buď za cenu, kterou opravdu mají, ale na tu my nemáme, nebo zadarmo. Ne-

ní nic mezi tím. Někteří z nich jsou nám značnou oporou dlouhá léta, například Vlastimil Harapes.

**Dnes večer vás legenda českého baletu provedla na parketu, měli jste sólo. Jak se vám tancovalo s Vlastimilem Harapesem?**

Výborně. Ale kdo mi teď bude věřit, že mě opravdu bolí koleno...

Jana Jilková



Foto: Leoš Chodura

## B. Braun rozšiřuje své charitativní aktivity

Rozsah původního charitativního projektu Skupiny B. Braun „Úsměv pro život“ dalece přesáhl jeho prvotní záměr, a proto byl přejmenován na „B. Braun pro život“. Patronem se stává dvojnásobný paralympijský medailista v lukostřelbě David Drahonínský.

B. Braun pro život chystá zahájení spolupráce s občanským sdružením „Loutky v nemocnici“. Díky



Paralympijský medailista v lukostřelbě David Drahonínský.

Foto: archiv B. Braun

jeho finanční podpoře budou i nadále pravidelně realizovat ve fakultních nemocnicích v Motole a v Brně



představení pro nejmenší pacienty. Pro pacienty s poruchou míchy projekt podpořil monografií „A život jede dál...“ (viz str. 34), zpracovanou Nadací pohybu bez pomoci, a to ve spolupráci s Asociací nemocničních kaplanů a Spinální jednotkou FN Motol. Nadále bude podporovat Koše plné humoru, samostatný projekt Zdravotního klauna (ČR) a Červeného nosu (SR), se kterým se již osobně setkaly tisíce pacientů v nemocnicích po celé České republice i na Slovensku. Součástí projektu „B. Braun pro život“ je také podpora prevence a aktivní spolupráce s pacienty. Pomoc je směřována například k pacientům na dialýze a ke stomikům. (red)

## Šedesátilitrový barel symbolizoval množství darované krve

Dobrovolní dárci krve z Pardubického kraje převzali v úterý 11. září významné ocenění. Český červený kříž své druhé nejvyšší vyznamenání, Zlatý kříž II. třídy, poprvé udílil přímo v příslušném kraji.

Jako výraz úcty a poděkování za to, že 120x nebojácně usedli do křesla v transfuzní stanici, dárci obdrželi Zlatý kříž II. třídy. Se symbolickým dárkem, pamětní lahvi červeného vína pro každého oceněného, se do sálu Jana Kašpara v bývalé pardubické realce dostavil hejtman Pardubického kraje Radko Martínek. Zlatý kříž předávali ředitel Úřadu ČČK Josef Konečný a předsedkyně Oblastní výkonné rady ČČK Pardubice Vladimíra Hanáková. Milým překvapením byla i gratulace od dalšího držitele zlata, olympijské-

ho, bikera z Ústí nad Orlicí Jaroslava Kulhavého.

### Osobní přístup

Jedno čínské přísloví říká, že chceš-li od někoho něco dostat, musíš mu nejdříve něco dát. „A vy patříte k těm, kteří darovali to nejcennější, svoji krev, a ta se nedá vyrobit,“ děkova dárčům hejtman Martínek o to upřímněji, že sám v loňském roce při složité operaci dárkovskou krev potřeboval. Jako překvapení organizátoři připravili do sálu Goliťový barel naplněný červenou te-

kutinou, aby ukázali, kolik krve již daroval každý z oceněných.

„Oslovit Pardubický kraj byla dobrá volba. Svědčily o tom i reakce oceněných, kterým se líbila atmosféra doplněná hudebním vystoupením studentů pardubické konzervatoře, osobní přístup hejtmana i setkání s olympijským medailistou Jaroslavem Kulhavým,“ podotkla Vladimíra Hanáková. Sladkou tečkou za celým setkáním byl dort z marcipánových kostek s červeným křížem, jež připravili studenti SOŠ a SOU z Chrudimi. (red)





## PRÁVNÍ PORADNA

# Dohoda o náhradě škody a dodatečné nároky

**Pokud se s pacientem či pozůstalými dohodnu na náhradě škody a v dohodě uvedeme, že vůči mému zdravotnickému zařízení již nebudou uplatňovány žádné další nároky, já škodu zaplatím, ale poté jsou vzneseny další nároky, může mít takový požadavek naději na úspěch?**



na dotazy odpovídá  
JUDr. Pavel Zajíc

dohody. Pouze v obecné rovině mohu konstatovat následující: Obsahuje-li smlouva závazek pacienta či pozůstalých, že žádné další nároky na náhradu škody nebudou uplatňovány, pak by skutečně uplatňovány být neměly. Napada-

jí mne však (bez znalosti obsahu Vámi uzavřené dohody) minimálně dva případy, kdy by pacient či pozůstalí vůči Vám mohli teoreticky vznášet další nároky.

## Dvě situace, kdy lze uplatnit dodatečný nárok

Prvním případem je situace, kdy například pacienta odškodníte za škodu na zdraví v důsledku po-

skytu zdravotních služeb. V průběhu času by však následně mohlo dojít ke zhoršení zdravotního stavu pacienta nebo k trvalým následkům v důsledku Vámi poskytnutých zdravotních služeb. Pacient by tak mohl případně poukázat na to, že vznik trvalých následků na zdraví nastal v důsledku poskytnutí zdravotních služeb a je novým nárokem, který vznikl v budoucnu. Pacient by přitom mohl poukázat na ustanovení občanského zákoníku, podle něhož „dohoda, kterou se někdo vzdává práv, jež mohou v budoucnu teprve vzniknout, je neplatná“. Jinými slovy by to znamenalo, že pacient by namítal, že se nemohl předem vzdát svého nároku na náhradu škody (ohledně v budou-

nu vzniklých trvalých následků na zdraví), a proto je v této části dohoda neplatná a z toho důvodu vznáší dodatečný nárok na náhradu škody.

Druhým případem, kdy by pacient teoreticky mohl uplatňovat další nároky nad rámec uzavřené dohody, je situace, kdy Vaše dohoda s pacientem bude řešit nárok na náhradu škody, nebude však řešit případné nároky pacienta vyplývající z jeho práv na ochranu osobnosti. Nárok z práva na ochranu osobnosti přitom představuje jiný požadavek než nárok na náhradu škody. Pacient by tak teoreticky mohl tvrdit, že se s Vámi sice vypořádal ohledně náhrady škody na zdraví, avšak nyní uplatňuje nároky z práva na ochranu osobnosti.

## Konzultace s advokátem i pojišťovnou jako prevence problémů

Tolik mé obecné úvahy. K jednoznačnému zodpovězení Vašeho dotazu by však opravdu bylo potřeba znát konkrétní obsah uzavřené dohody. Proto Vám doporučuji obrátit se na advokáta, kterého seznámíte s obsahem uzavřené dohody a který bude schopen jednoznačně zodpovědět Vaše dotazy.

V této souvislosti rovněž doporučuji kontaktovat pojišťovnu, u které máte ze zákona povinně sjednáno pojištění své odpovědnosti za škodu způsobenou v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.

V případě, že byste obdobnou situaci znovu řešil někdy v budoucnu a uzavíral s pacientem dohodu o náhradě škody, mohu jen doporučit, abyste konzultaci s advokátem či „svou“ pojišťovnou provedl ještě před uzavřením této dohody. Můžete tak předejít problémům, jež řešíte nyní.

## Léčení versus šetření

Jsem praktická lékařka, provozuji privátní ordinaci. Zdravotní pojišťovna vůči mně uplatnila poměrně vysoké srážky z úhrad poskytnuté zdravotní péče. Důvodem bylo překročení limitů vyžádané péče, zejména vyšetření laboratorními a zobrazovacími metodami. Toto překročení limitů však bylo nutné pro poskytnutí péče *lege artis*; kdybych si komplementární vyšetření nevyžádala, mohl by být můj postup označen - v případě zhoršení zdravotních potíží některého z pacientů - jako odborně nesprávný, v několika případech by dokonce mohlo dojít k vážnému ohrožení života pacienta. Všechno jsem schopna řádně zdůvodnit a doložit.

Když jsem tyto argumenty předložila zdravotní pojišťovně, bylo mi řečeno, že mnou poskytnutá péče sice není hodnocena jako nehospodárná nebo nadbytečná, nicméně podle úhradové vyhlášky musí být srážky na základě ryze matematického modelu vždy provedeny. Z právních předpisů, včetně Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, Listiny základních práv a svobod a zákona, přitom vyplývá moje povinnost poskytnout odborně správnou péči v souladu se sou-

časnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Tato povinnost je zakotvena i ve smlouvě s pojišťovnou o poskytování a úhradě zdravotní péče.

Když to shrnu - žádnou chybu jsem neudělala, nikdo mi nic nevytýká, „jen“ na podkladě čistě matematické operace budu na své poctivé práci vždycky ekonomicky bita. Mohu se vůbec nějak bránit?

Trvalým a stále aktuálnějším problémem českého zdravotnictví je rozdíl mezi na jedné straně širokým nárokem pacienta (pojištěnce) na péči placenou ze zdravotního pojištění a na druhé straně omezením úhrady této péče ve vztahu mezi lékařem (poskytovatelem zdravotních služeb) a zdravotními pojišťovnami. V praxi to jsou zdaleka nejčastěji poskytovatelé zdravotních služeb, kteří tento rozdíl nesou ze svého. Váš případ je toho typickou ukázkou.

Pojem *lege artis* je v zákoně o zdravotních službách nově definován jako „poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti“. Právě nejednoznačný dovětek o „konkrétních podmín-

kách a objektivních možnostech“ snižuje právní jistotu pacientů ohledně rozsahu péče, na kterou mají ze zákona nárok, a současně znesnadňuje eventuální vymáhání péče nebo její úhrady soudní cestou.

## Nález Nejvyššího a Ústavního soudu

V loňském roce však Nejvyšší soud ČR a poté i Ústavní soud ČR vydaly poměrně průlomová rozhodnutí, ve kterých se oba soudy v podstatě zastaly poskytovatelů zdravotních služeb, vůči kterým zdravotní pojišťovny uplatnily regulační mechanismy za překročení limitů při poskytování nezbytné péče pacientům (pojištěncům). Konkrétně z rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR výslovně vyplývá, že „pokud zdravotnické zařízení poskytlo nutnou a neodkladnou péči pojištěnci zdravotní pojišťovny, je příslušná pojišťovna povinna tuto péči uhradit i v situaci, že byl dohodnutý finanční limit v daném období vyčerpán“. Nález Ústavního soudu ČR pak jde ve svém stanovisku ještě dále, když dovozuje dokonce zákaz uplatňování limitů na nezbytnou a účelnou péči *lege artis*.

Předpokládám, že v budoucnu budou vedeny spory ohledně toho, zda v právní praxi bude pře-



Ilustrace: foto: Shutterstock

vládat postup formulovaný v citovaných rozhodnutích soudů, nebo naopak převládne do značné míry vágní formulace pojmu *lege artis*. Ve Vašem konkrétním případě, kdy uvádíte, že Vámi poskytnutá péče byla nutná a neodkladná, proto doporučuji obrátit se na příslušnou zdravotní pojišťovnu s požadavkem na doplacení úhrady za poskytnutou zdravotní službu. Již v této fázi Vám doporučuji konzultovat další po-

stup s advokátem. Při jednáních s pojišťovnou by Vám přitom měla být oporou právě výše uvedená soudní rozhodnutí. V krajním případě - pokud by jednání se zdravotní pojišťovnou nevedlo k dohodě ohledně úhrady Vámi poskytnutých zdravotních služeb - Vám patrně nezbude než se svého nároku na doplatek úhrady za nutnou a neodkladnou péči vůči zdravotní pojišťovně domáhat soudní cestou.







# Předplatte si MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

## Předplatné na rok + mimořádný dárek

### kniha **Životy Římanů**

Životy Římanů odkrývají nejmocnější civilizaci starověku očima jejích občanů. Tako kniha, jak ještě žádná předchozí, dává slovo nejenom nejznámějším generálům a vládcům Říma, jako byli Sulla, Caesar, Augustus či Caligula, ale též jeho stavitelům, sochařům, básníkům, dějepiscům, gladiátorům, pastevcům, kurtizánám a otrokům. Ve stovce životopisů se otevírá neobyčejná šíře životních názorů. Prozkoumáním všech úrovní společnosti a s využitím nejnovějších archeologických nálezů, stejně jako starých textů, vytvářejí Philip Matyszak a Joanne Berry obraz toho, co to znamenalo být římským občanem.



**Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 4. 11. 2012.  
Předplatné na rok pouze za 590 Kč**



### Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku **predplatne.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 1012**. Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách **www.mf.cz**



### Volejte zdarma 800 248 248

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZDN 1012**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.



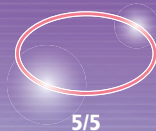
### Pošlete SMS na číslo 900 09 06

ve tvaru **ZDN ABO jmeno, prijmeni, adresa, lekarska specializace** (v případě, že jste lékař) předplatitele. Cena SMS je 6 Kč včetně DPH. Službu provozuje goNET 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 objednávku předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svoji objednávku 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 tištěných prostředků dle zákona č. 490/2004 Sb., o některých službách informační společnosti, a to na dobu neurčitou, tj. do ukončení 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 poskytnuté údaje je dobrovolně, 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 pochybnosti o dodržování práv správcem 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](http://www.mf.cz)

# PRESTANCE®

perindopril / amlodipin



5/5



10/5



5/10



10/10

## SÍLA ORIGINÁLU PRO OCHRANU VAŠICH PACIENTŮ



**Zkrácená informace o přípravku PRESTANCE®:** **Složení:** Jedna tableta obsahuje perindopril arginin, dlouhodobě působící inhibitor ACE a amlodipin besilát, blokátor kalciového kanálu. PRESTANCE 5 mg/5 mg: jedna tableta obsahuje 3,395 mg perindoprilu, množství odpovídající 5 mg perindoprilu argininu a 6,935 mg amlodipin besilátu, množství odpovídající 5 mg amlodipinu. PRESTANCE 5 mg/10 mg: jedna tableta obsahuje 3,395 mg perindoprilu, množství odpovídající 5 mg perindoprilu argininu a 13,870 mg amlodipin besilátu, množství odpovídající 10 mg amlodipinu. PRESTANCE 10 mg/5 mg: jedna tableta obsahuje 6,790 mg perindoprilu, množství odpovídající 10 mg perindoprilu argininu a 6,935 mg amlodipin besilátu, množství odpovídající 5 mg amlodipinu. PRESTANCE 10 mg/10 mg: jedna tableta obsahuje 6,790 mg perindoprilu, množství odpovídající 10 mg perindoprilu argininu a 13,870 mg amlodipin besilátu, množství odpovídající 10 mg amlodipinu. **Léková forma:** Tableta. **Indikace:** Přípravek PRESTANCE je určen jako substituční terapie k léčbě esenciální hypertenze a/nebo k léčbě stabilní ischemické choroby srdeční u pacientů, kteří jsou již kontrolováni perindoprilem a amlodipinem, podávaným současně v téže dávce. **Dávkování a způsob podání:** Perorální podání. Jedna tableta denně v jedné dávce, nejlépe ráno před jídlem. Fixní kombinace není vhodná pro iniciační léčbu. **Pacienti s renálním poškozením a starší pacienti:** přípravek není vhodný pro pacienty s clearance kreatininu <60 ml/min, běžné dávkování se doporučuje u starších pacientů, ale zvyšování dávek by mělo probíhat s opatrností. **Pacienti s jaterním poškozením:** u pacientů s mírnou až středně těžkou poruchou jaterní funkce musí volba dávky probíhat s opatrností a je třeba začít s podáváním nejnižší dávky z dávkovacího rozmezí; u pacientů se závažným poškozením jater by mělo být zahájeno podávání amlodipinu nejnižší dávkou a pomalu titrováno. **Pediatrická populace:** použití u dětí a dospívajících se nedoporučuje. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na perindopril nebo na jiné inhibitory ACE, anamnéza angioedému, 2. a 3. trimestr těhotenství, závažná hypotenze. Hypersenzitivita na amlodipin nebo na dihydropyridinové deriváty, šok, obstrukce výtokového traktu levé komory, hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu. **Lékové a jiné interakce:** nedoporučuje se současné podávání s kalium-šetřícími diuretiky, doplňky draslíku nebo doplňky obsahující soli draslíku, lithiem, estramustinem, dantrolenem (infúze). Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost: nesteroidní antiflogistika včetně aspirinu  $\geq 3$  g/den, antidiabetika, induktoři CYP3A4, inhibitory CYP3A4, baklofen. **Těhotenství a kojení:** Přípravek by neměl být používán během prvního trimestru těhotenství a je kontraindikován během druhého a třetího trimestru těhotenství. Jeho užívání u kojících žen se nedoporučuje. Účinnost na schopnost řídit a obsluhovat stroje: amlodipin může mít zanedbatelný nebo mírný vliv na schopnost řídit a obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji byly pozorovány závratě, bolest hlavy, bolest břicha, nauzea, zvracení, dyspepsie, dysgeuzie, hypoestezie, parestezie, poruchy vidění, hučení uší, hypotenze, dyspnoe, svědění, vyrážka, exantém, svalové křeče, astenie, somnolence, vertigo, palpitace, návaly, kašel, otoky kotníků, únava. **Zvláštní upozornění:** U pacientů s renálním poškozením je doporučena individuální titrace dávky jednotlivých složek přípravku; rutinní je monitorování draslíku a kreatininu. Symptomatická hypotenze je vzácná, avšak může k ní dojít u pacientů s hypovolémií způsobenou např. léčbou diuretiky. U pacientů se srdečním selháním může být léčba amlodipinem spojená s častějším výskytem plicního edému, léčba má být podávána s opatrností. **Balení:** 30 a 90 tablet. **Uchovávání:** Uchovávejte v dobře uzavřené tubě, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Doba použitelnosti:** 3 roky. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Les Laboratoires Servier, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. **Registrační čísla:** 58/203-206/08-C. **Datum poslední revize textu:** 20. 07. 2012. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravek je k dispozici v lékárnách a je na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění.

Servier, s. r. o., Klimentská 46, 110 02 Praha 1, telefon: 222 118 307, www.servier.cz

